



Spitzenverband



Qualität - verbessern, sichern, veröffentlichen

Geschäftsbericht 2014



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon: 030 206288 - 0
Telefax: 030 206288 - 88
Email: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Nach § 217b Abs. 1 SGB V wird als Selbstverwaltungsorgan ein Verwaltungsrat gebildet, der von der Mitgliederversammlung gewählt wird. Mit dem vorliegenden Geschäftsbericht erfüllt der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes seine satzungsmäßige Aufgabe, den Mitgliedern durch seinen Vorsitzenden im Einvernehmen mit dem alternierenden Vorsitzenden einen jährlichen Geschäftsbericht über die Tätigkeiten des Verbandes vorzulegen (§ 31 Abs. 1 Nr. 9 der Satzung). Der Bericht umfasst das Geschäftsjahr 2014.

Redaktionsschluss: 23.01.2015
Redaktion: René Kircher, Florian Lanz, Anna-Mareike Lüttge, Verena Schröder (Bildredaktion), Elke Sleeboom, Michael Weller (verantwortlich)
Koordination: René Kircher
Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft, Gesellschaft für Kommunikation mbH
Druck: Pinguin Druck GmbH
Fotonachweis auf Seite 108

**Qualität -
verbessern, sichern, veröffentlichen**

Geschäftsbericht 2014

Geschäftsbericht 2014

Einleitender Teil

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden	6
Vorwort des Vorstandes	8
Ein Jahr Große Koalition – Bilanz der Gesundheits- und Pflegepolitik	11

Themen des Jahres

GKV-FQWG – Krankenkassen im neuen Preiswettbewerb	15
Das neue Qualitätsinstitut	18
Elektronische Gesundheitskarte und Telematik	21
Erste Stufe der Pflegereform	24
Modellprojekte zur NBA-Erprobung	26
Entbürokratisierung der Pflegedokumentation	27
Modellvorhaben zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen	29
Eckpunkte der Krankenhausreform	31
Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung	34
Studien zur Krankenhausversorgung	36
Weiterentwicklung der leistungsbezogenen Vergütung für die Psychiatrie	38
Neue Prüfregeln für die Krankenhausabrechnung	39
Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung	40
Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung	42
Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung 2015	44
Hebammenhilfe: Geburten sicher begleiten	46
Neue gesetzliche Weichenstellung für den Arzneimittelmarkt	48
Bilanz zur AMNOG-Umsetzung	50
Arzneimittelpositionen des GKV-Spitzenverbandes	51
Einigung beim Apothekenabschlag	53
25 Jahre Arzneimittel-Festbeträge: Das Erfolgsmodell geht weiter	55
Transparenz in der Arzneimittelversorgung: Die GKV-Arzneimittelschnellinformation	56
Innovationsfonds für sektorübergreifende Versorgung	58

Präventionsgesetzgebung startet	61
Bundesteilhabegesetz in Vorbereitung	64
Medizinprodukte hoher Risikoklassen in der Krankenhausversorgung	66
Erste Erprobungsrichtlinien auf den Weg gebracht	69
Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	71
GKV-Financen: Überproportionales Ausgabenwachstum	73
Europa: Gesundheit gemeinsam gestalten	77
Internationale Freihandelsabkommen	79
DVKA - Anlaufstelle für international agierende Unternehmen	80
Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes	83
Haushalt des GKV-Spitzenverbandes	85
Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes	87
 Gremienarbeit	
Bericht aus dem Verwaltungsrat	88
 Anhang	
Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2014	92
Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats	94
Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats	96
Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats	99
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter des Fachbeirats	103
Organigramm GKV-Spitzenverband	104
Publikationsliste	106

Vorwort der Verwaltungsratsvorsitzenden

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Jahr 2014 hat die Große Koalition konzentriert mit der Umsetzung ihrer vereinbarten Vorhaben begonnen. Einen zentralen und aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen begrüßenswerten Schwerpunkt bildet dabei die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Aus Patientensicht müssen die immer komplexeren Versorgungsprozesse mit einer nutzenorientierten Leistungserbringung einhergehen.

Einen wesentlichen Schritt in Richtung dieses Ziels stellt der Auftrag des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung dar, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Der Errichtungsprozess schreitet zügig voran. Das neue Institut wird die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben schrittweise ab 2015 und vollständig im Jahr 2016 übernehmen. Auch bei den weiteren Vorhaben, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, sieht es die Selbstverwaltung in ihrer Verantwortung, sich engagiert für eine zeitnahe und alltagstaugliche Umsetzung der gesetzlichen Aufträge einzusetzen. Die Reformen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie das Präventionsgesetz sind nur einige der Themen, bei denen die Selbstverwaltung demonstrieren wird, dass sie ihre Aufgaben und ihre Rolle lösungsorientiert und verantwortungsvoll erfüllt.

Eine Voraussetzung für eine funktionierende Selbstverwaltung ist ein klarer Rückhalt aus der Politik. Der Handlungsfreiraum der Selbstverwaltung muss gestärkt und ausgebaut werden. Allerdings wird dies aktuell immer wieder infrage gestellt: Die vorgesehene Erweiterung des Verwaltungsrats des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe konterkariert das Selbstverwaltungsprinzip. Die Beteiligung von Leistungserbringern, die für die Kosten der von ihnen getroffenen Entscheidungen nicht einzu-

stehen haben, im Rahmen einer „Dritten Bank“ widerspricht dem Gedanken der Selbstverwaltung eklatant und wird von uns abgelehnt.

Vor diesem Hintergrund stimmt uns die im Koalitionsvertrag angekündigte Stärkung der Selbstverwaltung allenfalls vorsichtig optimistisch. Für das Vertrauen der Bevölkerung und das Interesse an ihrer Arbeit kann die Selbstverwaltung sehr viel selbst durch gute Lösungen im Konsens beitragen. Verbesserungen können aber nur erreicht werden, wenn die Politik sich klar zum Selbstverwaltungsprinzip der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bekennt. Aus unserer Sicht wird nur eine leistungsfähige Selbstverwaltung in der Lage sein, die notwendige Diskussion und Umsetzung von Qualitätsverbesserungen versichertennah auch gegen bestehende Vorbehalte voranzubringen.

Bei der Einführung heute selbstverständlicher Qualitätsstandards mussten auch in der Vergangenheit immer wieder vorherrschende Bedenken überwunden werden. Das Bildkonzept dieses Geschäftsberichts stellt Ihnen auf den folgenden Seiten einige Wegbereiter dieser Qualitätssprünge und ihre Arbeiten vor. In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine interessante Lektüre.

Mit freundlichen Grüßen



Christian Zahn



Dr. Volker Hansen



Vorwort des Vorstandes



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

nahezu geräuschlos hat der Gesetzgeber im Jahr 2014 seine gesundheits- und pflegepolitische Agenda abgearbeitet: Die ersten Reformen galten den Arzneimittelausgaben, es folgten die Neuordnung der Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Umsetzung der ersten Stufe der Pflegereform. Für Versicherte und Patienten sind die Auswirkungen seit Anfang des Jahres bereits spürbar: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen profitieren von Leistungsverbesserungen, mit kassenindividuellen Zusatzbeitragsätzen wurde der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen auf eine neue Grundlage gestellt.

Mit der Versorgungsqualität wurde ein richtiger Schwerpunkt im Koalitionsvertrag gelegt. Die Errichtung des Qualitätsinstituts ist ein wichtiger Schritt, um die Qualität der Versorgung sowie die Transparenz hierüber zu verbessern. Wir hätten uns gewünscht, dass sich die Ansätze für die einrichtungsbezogene Qualitätssicherung auch auf

den ambulanten Bereich erstrecken, um nicht ein falsches Signal für die Diskussion über notwendige Qualitätsverbesserungen zu setzen und den Qualitätsfokus des Koalitionsvertrags zu konterkarieren.

Die Reformagenda für das Jahr 2015 erweist sich als nicht weniger vielfältig und anspruchsvoll: Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hat ebenso höchste Priorität wie der weitere Aufbau der sicheren Telematikinfrastruktur, deren erhebliches Nutzenpotenzial nach den enormen Investitionen durch die GKV endlich nutzbar gemacht werden muss.

Das Ziel, die verkrusteten Klinikstrukturen aufzubrechen, wird von neutralen Beobachtern nicht mehr ernsthaft infrage gestellt. Die von der Bundesländer-Arbeitsgruppe erarbeiteten Eckpunkte für eine Reform bleiben aber hinter den Erwartungen einer grundlegenden Neuausrichtung zurück. Die Qualitätsorientierung und der geplante Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung sind zwar richtige Ansätze, die Milliardenkosten

dieser Strukturreform werden aber fast ausschließlich den Beitragszahlern aufgebürdet. Gleichzeitig bleiben drängende Probleme wie die mangelnde Investitionsfinanzierung der Länder ungelöst.

Ebenso umfangreiche wie teure Reformwerke wurden bereits Ende 2014 auf den Weg gebracht. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz wurde eine große Chance vertan, der ärztlichen Fehlverteilung wirksam entgegenzuwirken. So ist zwar der Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten vorgesehen, dem Instrument fehlt es aber aufgrund zahlreicher Ausnahmeregelungen an Durchschlagskraft. Mehr Schatten als Licht lässt sich ebenso beim Innovationsfonds konstatieren. Dem positiven sektorübergreifenden Ansatz steht eine aus Sicht der GKV verfehlte Ausgestaltung gegenüber. Notwendig sind hier eine zielgerichtete Aufgabenzuweisung und Finanzierungsmechanismen, um ordnungs- und versorgungspolitische Fehlentwicklungen zu vermeiden. Der vorgesehene Innovationsausschuss, in dem die Partner der Kollektivverträge und Vertreter des Gesundheits- sowie Bildungs- und Forschungs-

ministeriums über individuelle selektive Verträge der Krankenkassen entscheiden, widerspricht dem Selbstverwaltungsprinzip und der wettbewerblichen Ausrichtung der Krankenkassen.

Auch das Präventionsgesetz greift zu kurz und wird letztendlich ins Leere laufen, wenn zwar ein gesamtgesellschaftlicher Anspruch postuliert, zum Schluss aber nur die GKV inhaltlich wie finanziell in die Pflicht genommen wird.

Unter dem Strich bleibt die Befürchtung, dass den gesetzlich induzierten Mehrkosten keine spürbare Verbesserung der Versorgung gegenübersteht und der erzeugte Kostendruck den politisch gewollten Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen allein auf den Zusatzbeitrag reduziert. Der GKV-Spitzenverband wird sich im Sinne der Patienten und Beitragszahler dafür einsetzen, dass sinnvolle Strukturreformen und Qualitätsverbesserungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung Hand in Hand gehen und gleichzeitig die derzeit noch gute Finanzbasis der GKV nicht weiter ausgehöhlt wird.

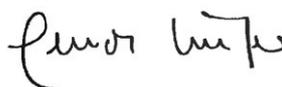
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes



Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes



Gernot Kiefer
Mitglied des Vorstandes

Agnodike gilt als die erste Ärztin der griechischen Antike. Um Athener Verbote zu umgehen, studierte sie im 3. Jahrhundert v. Chr. in Alexandria und praktizierte in Männerkleidung. Wegen ihres vermeintlich verdächtigen Erfolges bei Patientinnen vor Gericht gestellt, enttarnte sie sich als Frau und wurde daraufhin mit der Todesstrafe bedroht, weil es Frauen und Sklaven nicht erlaubt war, medizinisch zu arbeiten. Gerettet wurde sie - so die Überlieferung - durch Intervention ihrer teils hochgestellten Patientinnen, die erfolgreich durchsetzten, dass das bisherige Verbot aufgehoben wurde.



Ein Jahr Große Koalition – Bilanz der Gesundheits- und Pflegepolitik

Der Großen Koalition ist zu bescheinigen, dass sie konsequent die im Koalitionsvertrag ausgehandelten gesundheits- und pflegepolitischen Eckpunkte abarbeitet. Bereits 2015 entfalten gesetzgeberische Entscheidungen aus dem Vorjahr, wie die neue Finanzarchitektur für die Krankenkassen und verbesserte Leistungen für Pflegebedürftige, spürbar ihre Wirkung. Dabei zeigen die ersten Gesetzesvorlagen der Regierungskoalition deutlich, dass man sich inhaltlich sehr eng an den in der Koalitionsvereinbarung formulierten Leitplanken orientiert. Auch für das Jahr 2015 sind mit dem Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes, einem zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunktetpapier zu strukturellen Veränderungen der Krankenhauslandschaft und dem erneuten Anlauf zu einem Präventionsgesetz schon konkrete gesundheitspolitische Weichenstellungen auf der Reformagenda. Für die Pflegeversicherung ist mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die zweite Stufe der Pflegereform fest eingeplant.

Fokus ausschließlich auf Preiswettbewerb greift zu kurz

Mit dem Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz kehrt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in einigen wesentlichen Punkten zu der Finanzierungssystematik zurück, wie sie vor Einführung des Gesundheitsfonds bestand. Mit der Umstellung auf den einkommensabhängigen Zusatzbeitrag wird dieser ab 2015 prozentual auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Zu Beginn des Jahres 2015 beträgt der von den Krankenkassen durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz 0,83 Prozent (gewichtet nach der Mitgliederzahl der Krankenkassen). An die Adresse der Politik hat der GKV-Spitzenverband die Forderung gerichtet, Reformen in der GKV nicht ausschließlich auf den Preiswettbewerb zu fokussieren. Notwendig sind vor allem Wettbewerbsinstrumente, die auf eine höhere Versorgungsqualität und/oder mehr Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung gerichtet sind.

Finanzielle Mehrbelastung der Versicherten

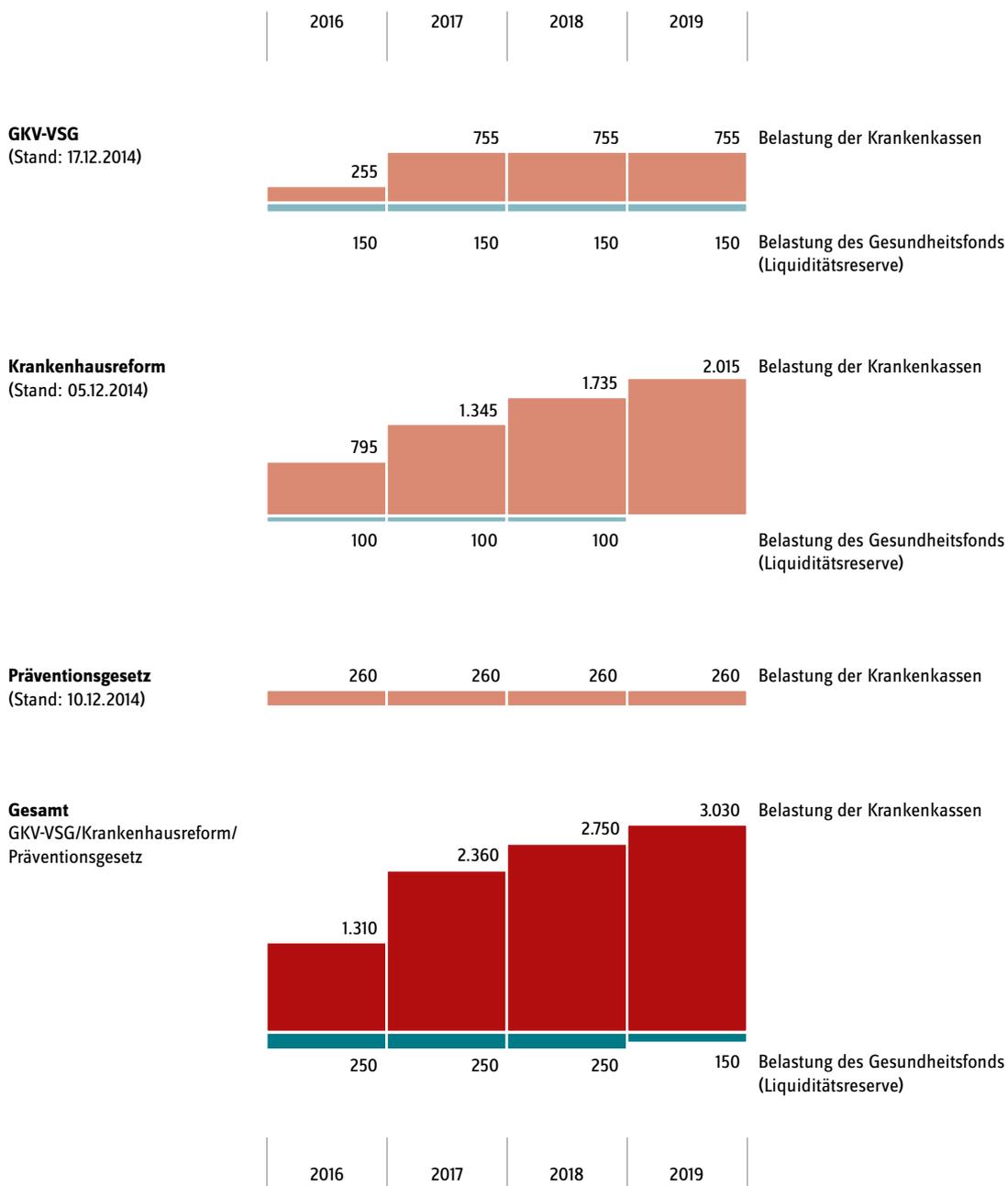
Während für das Jahr 2015 mit stabilen Zusatzbeiträgen zu rechnen ist, dürfte sich das in den nächsten Jahren ändern: Erstens werden die Rücklagen der Krankenkassen und im Gesundheitsfonds teilweise aufgebraucht sein. Zweitens werden die Krankenkassen von dem grundsätzlich bestehenden Problem eingeholt, dass die Ausgaben schneller steigen als die Einnahmen. Drittens werden die angekündigten Reformen wie das Versorgungsstärkungsgesetz, die Krankenhausreform und das Präventionsgesetz zu gesetzlich induzierten Mehrausgaben in Höhe von rd. 1,5 Mrd. Euro ab 2016 führen. In den folgenden Jahren könnten diese weiter bis auf über 3 Mrd. Euro steigen. Die finanzielle Last der über der Einnahmeentwicklung liegenden Ausgabendynamik werden die Versicherten bei festgeschriebenem Arbeitgeberbeitragsatz über steigende Zusatzbeiträge zu tragen haben.

Vertane Chancen in der Versorgungsstärkung

Wie eng Chancen und Risiken von Gesundheitsreformen für die GKV beieinander liegen, wird beim Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes deutlich. Mit dieser Reform verfolgt der Gesetzgeber das begrüßenswerte Ziel, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen. Allerdings gibt es hier noch deutliche Verbesserungsmöglichkeiten. So bietet der vorgesehene Aufkauf von Arztsitzen theoretisch ein hohes Potenzial, die Überversorgung abzubauen und damit die Voraussetzungen zu schaffen, der Unterversorgung andernorts entgegenzuwirken. De facto handelt es sich aufgrund der zahlreichen Ausnahmeregelungen jedoch um einen Papiertiger. Auch der Weg, über einen Innovationsfonds mehr sektorübergreifende Versorgungsprojekte zu initiieren, ist im Prinzip richtig. Die Ausgestaltung ist dagegen verfehlt: Ein von den Kollektivvertragspartnern und Vertretern der Bundesministerien für Gesundheit bzw. Bildung und Forschung dominierter Innovationsausschuss

Reformen in der GKV sollten nicht ausschließlich auf den Preiswettbewerb fokussieren. Notwendig sind Wettbewerbsinstrumente, die auf höhere Versorgungsqualität und mehr Wirtschaftlichkeit zielen.

Abb. 1
Erwartete Ausgabenwirkungen aus gesetzlichen Neuregelungen
jeweils zum Vergleichsjahr 2015 in Mio. Euro



Quelle: Ausgabenerwartung des GKV-Spitzenverbandes auf Basis der Ausgabenschätzung der Bundesregierung (laut Gesetzentwürfen) bzw. der Bund-Länder-AG (Eckpunkte der Krankenhausreform)
 Darstellung: GKV-Spitzenverband

soll künftig über konkrete selektive Vertragsleistungen mit unmittelbarer Finanzwirkung für die Krankenkassen entscheiden. Diese Zusammensetzung des Innovationsausschusses konterkariert das Selbstverwaltungsprinzip und die wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenkassen.

Startschuss für eine Krankenhausreform

Die Regierungskoalition hat mit ihrer Ankündigung einer Krankenhausstrukturreform unter dem Leitspruch „Qualität“ einen richtigen Schwerpunkt gelegt. Aus Sicht der GKV braucht es eine stärkere Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung. Ebenso wichtig ist aber auch, dass mangelnde Qualität Konsequenzen hat: Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsvoraussetzungen nicht, darf es die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erbringen und nicht abrechnen. Die von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgelegten Eckpunkte für eine Krankenhausreform sehen u. a. einen Restrukturierungsfonds vor, wie er seit Längerem vom GKV-Spitzenverband gefordert wird. Angesichts bestehender Überkapazitäten muss nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein sozialverträglicher und geregelter Marktaustritt ermöglicht werden. Der vorgesehene Fonds ist dafür ein Startschuss. Einen Reformansatz für eine ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Länder sucht man allerdings vergebens. Dafür findet sich in den Eckpunkten eine Konvergenzregelung zur Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Korridor auf Bundesebene, der einseitig die Krankenkassen finanziell belastet.

Präventionsgesetz nimmt einseitig GKV finanziell in die Pflicht

Seit Jahren bereits sind Prävention und Gesundheitsförderung zentrale Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem Entwurf eines Präventionsgesetzes werden ab 2015 zu Recht lebensweltbezogene Maßnahmen noch stärker in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Die von der Regierungskoalition angestrebten Ziele gehen dabei weit über das Spektrum der von der

GKV zu finanzierenden Leistungen hinaus. Sie bilden richtigerweise eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ab, an der zahlreiche Akteure zu beteiligen sind. Allerdings setzt der vorliegende Gesetzentwurf dies in finanzieller Hinsicht nicht um. Erneut sollen die gesetzlichen Krankenkassen die Rechnungen begleichen, die andere aufstellen. Ordnungspolitisch irrational erscheint zudem die „Zwangsbeauftragung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit der Durchführung von kassenartenübergreifenden Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen. Da diese Behörde weder den Bedarf noch die Strukturen vor Ort kennt, ist dies zudem nicht zweckmäßig. Damit werden den Krankenkassen Kompetenzen entzogen und finanzielle Mittel für unnötige Bürokratie verschwendet.

Wissenschaftliche Fundierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

In der Pflegepolitik steht der Regierungskoalition und der Selbstverwaltung im Jahr 2015 eine weitere große Herausforderung bevor: die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Für die Akzeptanz der Pflegeversicherung ist es wichtig, dass eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Leistungsverteilung auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine neuen Ungerechtigkeiten schaffen. Dazu bedarf es ausreichender wissenschaftlicher Fundierung. Daher fördert der GKV-Spitzenverband innerhalb des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zwei Projekte, in denen notwendige Erkenntnisse zur qualitätsgesicherten und verantwortungsvollen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewonnen werden sollen.

Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung steht 2015 vor richtungsweisenden Entscheidungen. Der GKV-Spitzenverband wird sich weiterhin dafür einsetzen, die gesundheitliche Versorgung der Patienten und die pflegerischere Versorgung der Pflegebedürftigen zu verbessern und die hohe Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung dauerhaft zu stärken.



Abu Bakr Muhammad al-Razi, latinisiert Rasis, forschte und lehrte im 9. Jahrhundert als Mediziner und Alchemist. Er begründete die Pädiatrie als eigenständige Disziplin und forschte als einer der Ersten über Psychosomatik und Infektionskrankheiten. Im Gegensatz zur damals üblichen philosophischen Herleitung von Lehren betonte al Razi die Empirie, die experimentelle Überprüfbarkeit von Thesen. Trotz des seit der Islamisierung auch in Persien geltenden Verbots von Wein entwickelte er ein Verfahren zur Destillation reinen Ethanols und führte ihn erfolgreich zur Wunddesinfektion ein.



GKV-FQWG – Krankenkassen im neuen Preiswettbewerb

Nach den umfänglichen Reformen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Jahre 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) und 2011 (GKV-Finanzierungsgesetz) stand im Berichtsjahr das Thema Finanzreform erneut auf der Agenda des Gesetzgebers. Im Wahljahr 2013 hatten CDU/CSU und SPD noch mit konkurrierenden Reformvorstellungen um die Gunst der Wähler gestritten, 2014 gossen sie dann als Koalitionäre ihren Finanzierungskompromiss zügig in Gesetzesform. Ziel des Gesetzgebers war es, die Reform bis zum Sommer zu verabschieden und Anfang 2015 in Kraft zu setzen. Der im Februar 2014 versandte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) zeigte deutlich, dass sich die Regierung dabei inhaltlich sehr eng an den in der Koalitionsvereinbarung formulierten Leitplanken orientieren würde.

Gesetzgebung im Parforceritt

In den gesamten Gesetzgebungsprozess brachte sich der GKV-Spitzenverband mit detaillierten schriftlichen Stellungnahmen sowie im Rahmen der Anhörungen mit seinen Sachverständigen ein. Im parlamentarischen Verfahren standen dabei andere gesundheitspolitische Themen im Vordergrund. Denn das GKV-FQWG diente der Koalition – neben den bereits von Beginn an vorgesehenen Regelungen zur Gründung eines fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Instituts im Bereich der Qualitätssicherung – auch als Omnibus für zahlreiche Gesetzesänderungen im Versorgungsbereich. Die politische wie fachliche Debatte zur Finanzreform fokussierte insbesondere auf die innerhalb der GKV strittige Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sowie auf die im späteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens erweiterte Hinweispflicht der Krankenkassen bei der Erhebung des Zusatzbeitrags. Sowohl im Ausschuss für Gesundheit als auch im Plenum des Bundestages setzten die Regierungsfractionen ihre Kompromisslinie ohne Zeitverzug durch. Die vom GKV-Spitzenverband im Rahmen der öffentlichen Anhörung geäußerte Kritik an den verwaltungsaufwendigen und wettbewerbspolitisch fragwürdigen Hinweis-

und Veröffentlichungspflichten fand kein Gehör. Im Juni 2014 verabschiedete der Bundestag das GKV-FQWG in dritter Lesung, der Bundesrat nahm das Gesetz im zweiten Durchgang im Juli 2014 an. Das Gesetz trat damit größtenteils wie geplant zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Weiterentwicklung der Finanzstruktur

Mit dem GKV-FQWG wurde die Finanzstruktur wie folgt geändert:

- Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag wird seit Januar 2015 nicht mehr einkommensunabhängig als Euro-Betrag, sondern prozentual auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Mit der Abschaffung des pauschalen Zusatzbeitrags entfallen der erst 2011 eingeführte steuerfinanzierte Sozialausgleich und damit zugleich die geplante Verlagerung der GKV-internen Einkommensumverteilung in das Steuersystem.
- Die Verwaltungsräte der Krankenkassen können im Rahmen ihrer Satzungsautonomie wieder über die Höhe des Krankenversicherungsbeitragsatzes ihrer Krankenkasse entscheiden. Formal entscheiden die Verwaltungsräte über die Erhebung und Höhe des neuen Zusatzbeitragsatzes. Da der allgemeine Beitragssatz für alle Träger einheitlich gesetzlich vorgegeben ist, wird der Gesamtbetrag des Krankenversicherungsbeitrags erst durch den variablen Zusatzbeitragsatz der Krankenkasse bestimmt.
- Die Zusatzbeiträge der Versicherungspflichtigen werden wieder von den Einzugsstellen mit den übrigen Sozialversicherungsbeiträgen eingezogen. Im Gegensatz zum bisherigen pauschalen Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen unmittelbar von jedem Mitglied persönlich einzuziehen hatten, werden die neuen Zusatzbeiträge der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer und Rentenbezieher im Lohnabzugsverfahren durch die Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger abgeführt.

Während der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz mit 14,6 Prozent festgeschrieben ist, werden höhere Leistungsausgaben oberhalb der Einnahmewachse zu steigenden Zusatzbeiträgen der Versicherten führen.

Während der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz mit 14,6 Prozent und damit der Arbeitgeberanteil mit 7,3 Prozent festgeschrieben sind, wird eine dynamische Entwicklung der Leistungsausgaben oberhalb der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten Einnahmewüchse des Gesundheitsfonds zwangsläufig zu steigenden Zusatzbeiträgen der Versicherten führen.

Zum Start ins neue Finanzierungssystem profitiert ein Teil der Mitglieder von den in den zurückliegenden Jahren aufgebauten Rücklagen der Krankenkassen. Zahlreiche Krankenkassen konnten das bisherige einheitliche Niveau von 15,5 Prozent durch niedrigere Zusatzbeitragssätze unterbieten; die absehbaren, größtenteils gesetzlich induzierten Ausgabenzuwächse werden aber voraussichtlich bereits im Jahr 2016 zu höheren Beiträgen führen.

Zur Sicherstellung eines vollständigen Einkommensausgleichs sieht das Gesetz für den Bereich der kassenspezifischen Zusatzbeiträge einen eigenen Ausgleichsmechanismus vor. Im Ergebnis erhalten die Krankenkassen vom Gesundheits-

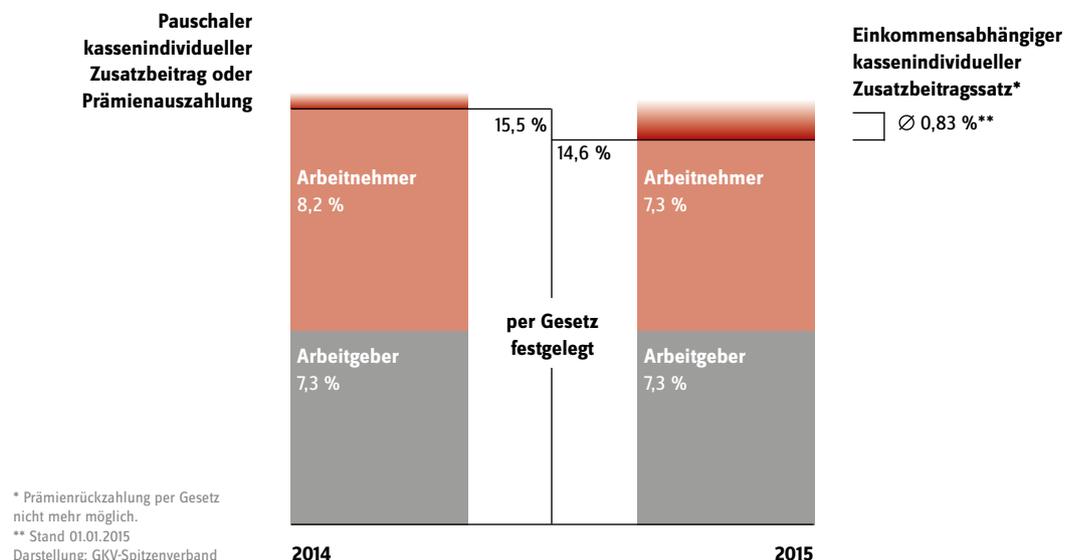
fonds diejenigen Mittel, die sich aus der Anwendung ihres kassenspezifischen Zusatzbeitragssatzes auf den GKV-durchschnittlichen Grundlohn ergeben. So führt der Einkommensausgleich zu einem vollständigen Ausgleich in Bezug auf die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Krankenkassen. Damit ist sichergestellt, dass mit der Umstellung von einkommensunabhängigen auf einkommensabhängige Zusatzbeiträge keine Anreize zur Risikoselektion nach Einkommen entstehen.

Hinweispflichten der Krankenkassen

Das Sonderkündigungsrecht der Mitglieder für den Fall der erstmaligen Zusatzbeitragserhebung bzw. -erhöhung wurde durch die Reform nicht verändert. Die Kündigung der Mitgliedschaft kann weiterhin bis zum Ablauf des Monats erklärt werden, für den der erhöhte Zusatzbeitrag erstmals erhoben wird. Auch hält der Gesetzgeber an der gesetzlichen Hinweispflicht der Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern fest. Im Falle der erstmaligen Erhebung oder der Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes hat die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit der Sonderkündigung

Abb. 2
Einkommensabhängiger Zusatzbeitrag löst Pauschale ab

Beitragssatz in Prozent



hinzuweisen. Gegen diese gesetzliche Vorgabe bestehen keine Bedenken. Kritisch zu bewerten ist allerdings die neue zweistufige Ausgestaltung dieser Hinweispflicht. In der ersten Stufe haben alle Krankenkassen nicht nur auf das Bestehen des Sonderkündigungsrechts, sondern zugleich auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes hinzuweisen. Diese Vorgabe soll laut Gesetzesbegründung dazu dienen, dass sich die Mitglieder ein besseres Bild über das Preis- und Leistungsangebot der Krankenkassen machen können. Dieses Ziel wird aber mit der vorgesehenen Regelung schon deshalb nicht erreicht, weil der hier anzugebende durchschnittliche Zusatzbeitragsatz eine prospektiv-rechnerische Größe aus dem Schätzkreis ist und nicht den Durchschnitt der tatsächlich von den Krankenkassen erhobenen Zusatzbeitragsätze abbildet. Der anzugebende Durchschnitt stellt also keine geeignete Referenzgröße für Markttransparenz dar.

In der zweiten Stufe haben diejenigen Krankenkassen, die einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitragsatz erheben, ihre Mitglieder zusätzlich auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln. Diese Verschärfung der Hinweispflicht trägt nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes dazu bei, den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einseitig auf den Preiswettbewerb auszurichten und konterkariert damit den vom Gesetzgeber selbst angestrebten Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung. „Günstiger“ ist eine Krankenkasse nicht allein deshalb, weil ihr Zusatzbeitragsatz niedriger ist als die Sätze der Wettbewerber. Auch Leistungs-, Service- und Qualitätsaspekte stellen entscheidende Bewertungskriterien dar.

Beitragsübersicht des GKV-Spitzenverbandes

Im Rahmen der Hinweispflichten der Krankenkassen hat der GKV-Spitzenverband eine laufend aktuelle Übersicht über die Zusatzbeitragsätze der Krankenkassen im Internet bereitzustellen. Die Krankenkassen haben im Rahmen ihrer Hinweispflichten ihre Mitglieder auf diese Über-

sicht hinzuweisen. Der GKV-Spitzenverband nutzt für seine Veröffentlichung eine auf seiner Internetseite vorhandene Krankenkassenliste (www.gkv-zusatzbeitraege.de). Der bei der Informationstechnischen Servicestelle der GKV (ITSG) vorhandene Datenbestand wurde wegen des Einzugsstellenverfahrens und des Einkommensausgleichs zum 1. Januar 2015 um kassenindividuelle Zusatzbeitragsätze ergänzt. Der Rückgriff auf diese Datengrundlage ermöglicht es dem GKV-Spitzenverband, die jeweils tagesaktuellen Zusatzbeitragsätze der Krankenkassen im Internet bereitzustellen.

Die Verschärfung der Hinweispflicht trägt dazu bei, den Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einseitig auf den Preiswettbewerb auszurichten.

The screenshot shows the website of the GKV-Spitzenverband (German Health Insurance Association). The main content area is titled 'Krankenkassenliste' (Health Insurance List). It includes a search bar for federal states, a 'Filtern' button, and a table of results. The table lists 14 health insurance providers with their respective contribution rates.

Name der Krankenkasse	geöffnet in	Zusatzbeitrag
actimonda BKK	bundesweit	0,70 %
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Niedersachsen	0,80 %
AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen	Hessen	0,90 %
AOK Baden-Württemberg	Baden-Württemberg	0,90 %
AOK Bayern - Die Gesundheitskasse	Bayern	0,90 %
AOK Bremen / Bremerhaven	Bremen	0,90 %
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern	0,90 %

Das neue Qualitätsinstitut

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu gründen. Dieses neue Institut soll für den G-BA dauerhaft wissenschaftlich und methodisch fundierte Entscheidungsgrundlagen für Maßnahmen der Qualitätssicherung erarbeiten und diese umsetzen.

Patienten transparent informieren

Das neue Institut soll darüber hinaus zur besseren Transparenz der Informationen über die Qualität der Versorgung beitragen. Hierzu soll es u. a. Vergleiche zur Qualität der Leistungserbringung in den einzelnen Krankenhäusern veröffentlichen, damit sich die Patienten vor der

Um den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit zu gewähren, muss auch im ambulanten Sektor Transparenz geschaffen werden.

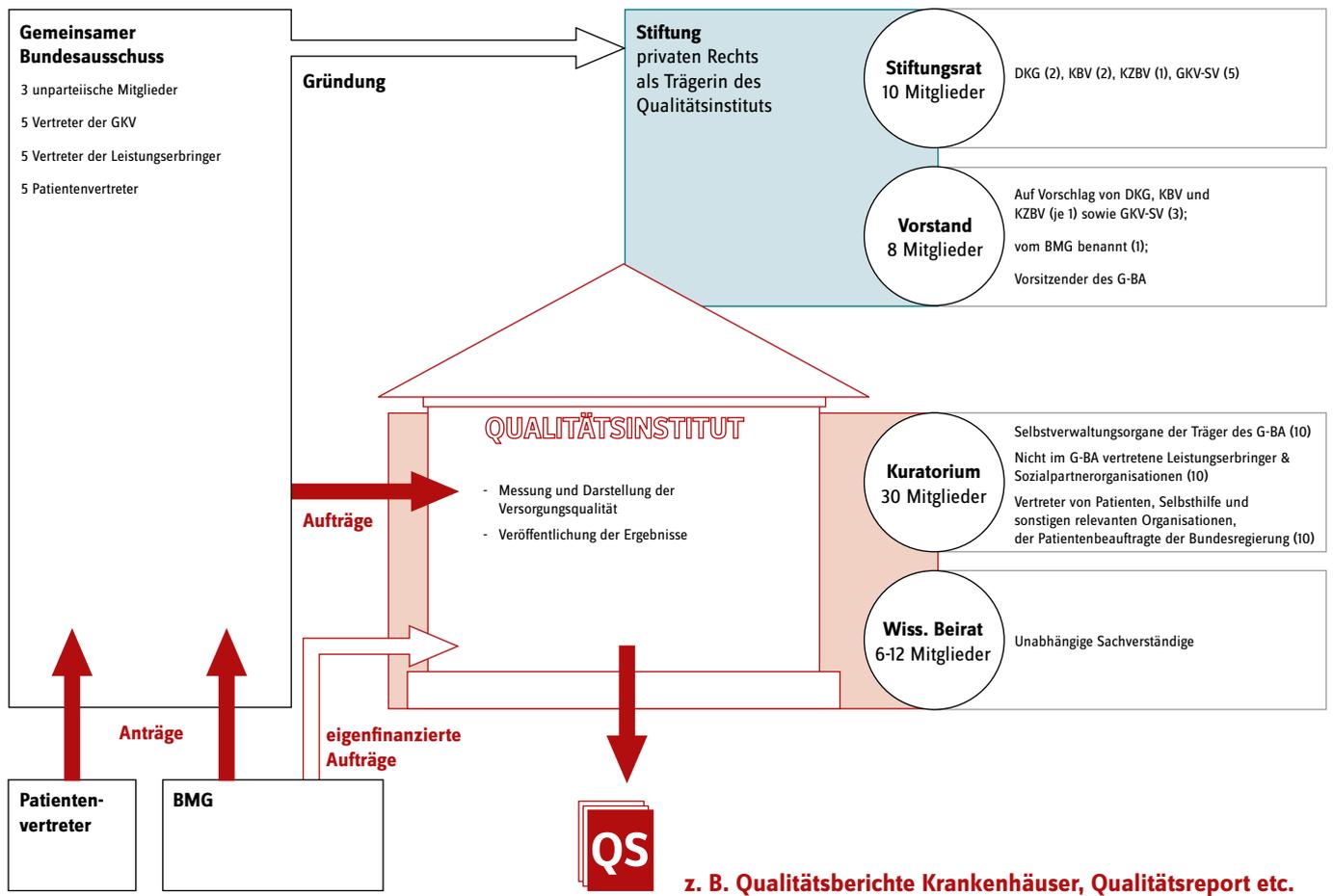
Wahl eines Krankenhauses über die dort zu erwartende Behandlungsqualität informieren können. Ein solcher Vergleich wäre auch im ambulanten vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Bereich sinnvoll und notwendig. Hier werden Qualitätsdaten zwar erhoben und ausgewertet. Bisher gibt es jedoch keine Pflicht

zur Veröffentlichung. Besonders bei Eingriffen, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden, ist damit die Möglichkeit des Vergleichs über die Sektoren hinweg nicht gegeben. Um den Patienten eine echte Wahlmöglichkeit zu gewähren, muss auch im ambulanten Sektor Transparenz geschaffen werden.

Stiftung und Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen

Die Errichtung des neuen Qualitätsinstituts erforderte die Gründung einer privatrechtlichen Stiftung, die zukünftig die Trägerin des Instituts sein wird. Die Beschlussfassung über Gründung und Satzung dieser Stiftung erfolgte durch den G-BA am 21. August 2014. Sitz der Stiftung sowie des Instituts ist Berlin. Im Stiftungsrat sind die Trägerorganisationen des G-BA (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband) vertreten. Im Stiftungsvorstand sind neben den Trägerorganisationen stimmberechtigt ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und der Vorsitzende des G-BA vertreten. Die konstituierenden Sitzungen des Stiftungsrats und des Stiftungsvorstandes fanden am 9. Januar 2015 statt. Das neue Institut wird die gesetzlich vorgesehenen Aufgaben ab 2015 zunächst schrittweise und im Jahr 2016 vollständig übernehmen.

Abb. 3
Das Qualitätsinstitut (IQTIG)



Darstellung: GKV-Spitzenverband



Avicenna, eigentlich **Abu Ali Ibn Sina**, prägte die moderne Medizin und Pharmakologie mit seinem etwa 1025 erschienenen „Kanon“ maßgeblich. Er beschrieb die Diagnose und Behandlung von Krebs, Infektionskrankheiten und Parasiten. Avicenna stellte verbindliche Regeln auf, wie ein neues Medikament auf Wirkung und Nebenwirkung zu prüfen sei, bevor es Patienten verabreicht werden darf. Insgesamt listete er 760 Medikamente mit Angaben zu deren Anwendung und Wirksamkeit auf.

Elektronische Gesundheitskarte und Telematik

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) wird von den Krankenkassen seit Oktober 2011 ausgegeben und soll im Zusammenwirken mit der Telematikinfrastruktur zu einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beitragen. Mittlerweile sind nahezu alle gesetzlich Versicherten mit einer eGK ausgestattet. Entsprechend der getroffenen Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband hat die Krankenversicherungskarte (KVK) zum Januar 2015 ihre Gültigkeit verloren. Die vollständige Ablösung der KVK durch die eGK stellt einen wichtigen Schritt zur Vernetzung des deutschen Gesundheitswesens dar. Auch die Erprobung der ersten Online-Anwendungen wurde vorangetrieben. Nichtsdestotrotz bleibt das Potenzial der eGK bisher größtenteils ungenutzt.

Verwaltungsratserklärungen des GKV-Spitzenverbandes

Der Verwaltungsrat nutzte den Besuch des neuen Gesundheitsministers Gröhe im März 2014, um erneut darauf hinzuweisen, dass u. a. die Organisationsstrukturen und Mehrheitsverhältnisse innerhalb der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) eine Konsensfindung erheblich erschweren und sich negativ auf den Projektverlauf auswirken. In einer öffentlichen Erklärung forderte der Verwaltungsrat den Gesetzgeber auf, den aus Beitragsgeldern finanzierten Stillstand zu beenden und verwies auf die bis dahin entstandenen erheblichen Kosten in Höhe von über 800 Mio. Euro. Die Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber forderten den Gesetzgeber auf, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Vorteile der gemeinsam entwickelten Telematikinfrastruktur umgehend nutzbar zu machen. Hierfür wurden verbindliche und sanktionsbewehrte Termine auf Leistungserbringerseite für die Verpflichtung zur Prüfung und Aktualisierung der eGK gefordert.

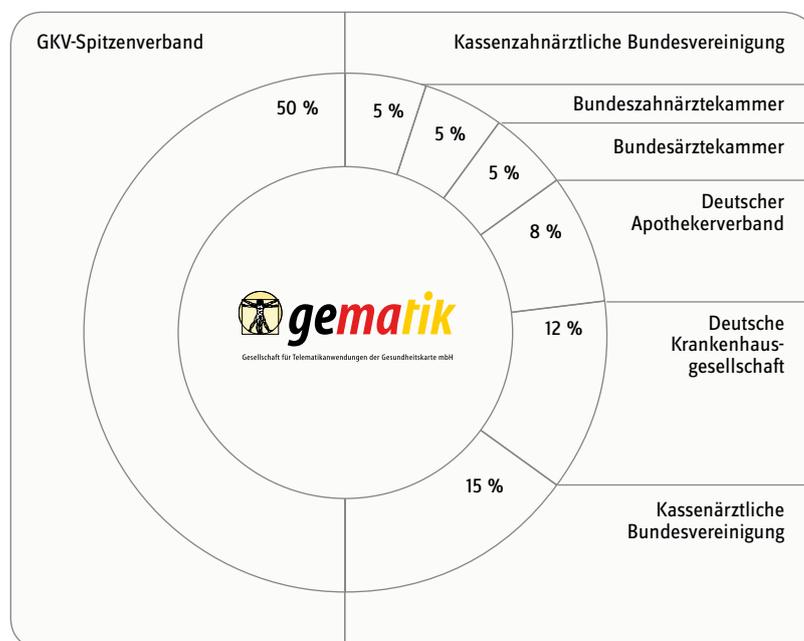
In ihrer Sitzung im Dezember mussten die Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber allerdings auch für das Jahr 2014 resümieren, dass sämtliche Initiativen, Gespräche und Appelle nicht zu

einer Lösung geführt hatten. **Das Potenzial der eGK bleibt bisher größtenteils ungenutzt.**

Auch vor dem Hintergrund der bis dahin gestiegenen Kosten für den Aufbau der Telematikinfrastruktur von ca. 1 Mrd. Euro sah sich der Verwaltungsrat gezwungen, die Mittel in Höhe von rund 57 Mio. Euro für den Haushalt der gematik für das Jahr 2015 zu sperren, da er nicht mehr bereit war, die Verantwortung für eine derartige Verwendung von Beitragsgeldern zu übernehmen.

Kurz vor einer Sondersitzung des Verwaltungsrats im Januar 2015 zur weiteren Vorgehensweise zeigte die Haushaltssperre, die von großer medialer Aufmerksamkeit begleitet wurde, auch in der Politik Wirkung. Mit dem zuvor bekannt gewordenen

Abb. 4
Die Gesellschafter der Gematik

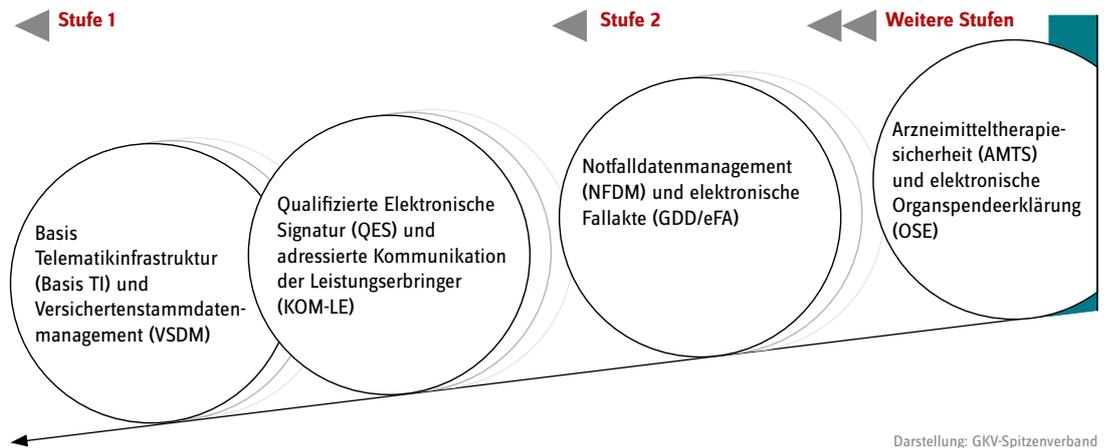


Für die Gesellschaft für Telematik ergeben sich per Gesetz vorgeschriebene Stimm- und Mehrheitsverhältnisse. Der Stimmanteil der einzelnen Gesellschafter richtet sich nach ihrem jeweiligen Geschäftsanteil, für den GKV-Spitzenverband sind dies 50 %. Für Entscheidungen ist eine gesetzlich vorgeschriebene Mehrheit von 67 % nötig.

Die Finanzierung der gematik erfolgt zu 100 % durch den GKV-Spitzenverband.

Darstellung: GKV-Spitzenverband

Abb. 5
Online-Rollout



Referentenentwurf für ein Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (eHealth-Gesetz) stellt sich die Politik der vom Verwaltungsrat aufgebrachten Problematik und greift in dem Entwurf eine Reihe zentraler Forderungen des GKV-Spitzenverbandes auf. Die Haushaltssperre wurde daraufhin aufgehoben.

Der Verwaltungsrat verabschiedete eine Erklärung, in der er die Initiative der politisch Verantwortlichen, z. B. durch Terminsetzung und Sanktionsmechanismen für Leistungserbringer beim Aufbau der Telematikinfrastruktur und eGK endlich schneller voranzukommen, als positives Signal begrüßte. Erheblichen Regelungsbedarf

Die vorgesehenen „Telematikzuschläge“ von 0,55 Euro pro Arztbrief und 1 Euro pro Entlassbrief sind willkürlich festgelegt und stellen zudem ungerechtfertigte Vergütungsanreize dar.

sieht der Verwaltungsrat nach wie vor in den Bestandsnetzen, die in Konkurrenz zur Telematikinfrastruktur stehen, zumindest indirekt durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden und nicht die gleichen hohen Sicherheitsanforderungen erfüllen. Weiter richtete der Verwaltungsrat die Forderung an den Gesetzgeber, die notwendigen Entscheidungsstrukturen innerhalb der gematik zu schaffen, damit der GKV-Spitzenverband als alleiniger Kostenträger auch mit den hinreichenden Entscheidungsbefugnissen ausgestattet wird.

Entwurf zum eHealth-Gesetz

Der Referentenentwurf greift an vielen Stellen Positionen des GKV-Spitzenverbandes auf und kann das IT-Großprojekt eGK voranbringen. So ist die lange geforderte Sanktionierung der Leistungserbringer bei Nichtanwenden des Versicherten-

stammdatenmanagements (VSDM) ebenso zu begrüßen wie die Klarstellung, dass die Telematikinfrastruktur als einzige „Datenautobahn“ genutzt werden soll, sobald sie zur Verfügung steht. Auch die Beschleunigung durch konkrete Fristsetzung, z. B. beim VSDM oder Notfalldatenmanagement, ist positiv zu werten.

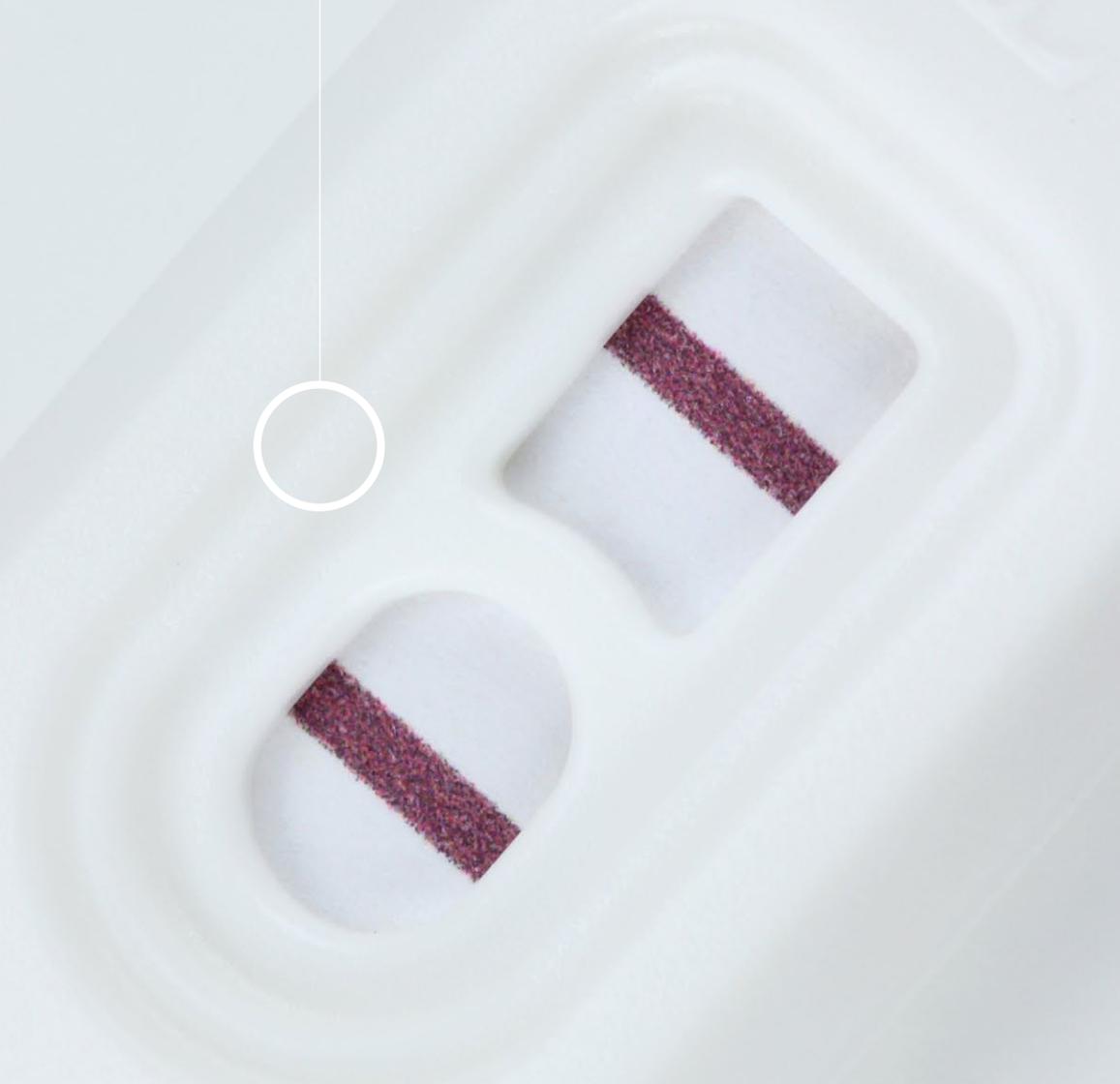
Abzulehnen ist hingegen der vorgesehene Sanktionsmechanismus. So sollen bei Nichteinhalten der im Gesetz vorgegebenen Termine die Haushalte von KBV und GKV-Spitzenverband auf den Stand des Niveaus von 2014 abzüglich 1 Prozent eingefroren werden. Dabei werden einige Gesellschafter in der gematik oder Beteiligte der Industrie außen vor gelassen. Gleichzeitig sanktioniert diese Regelung willkürlich und würde auch bei Nichtkooperation anderer ungerechtfertigt den GKV-Spitzenverband treffen.

Die vorgesehenen „Telematikzuschläge“ von 0,55 Euro pro Arztbrief und 1 Euro pro Entlassbrief sind willkürlich festgelegt und stellen zudem ungerechtfertigte Vergütungsanreize dar. Abzulehnen ist auch die vorgesehene Regelung, dass die Beitragszahler diese Anschubfinanzierung zwar zahlen sollen, der GKV-Spitzenverband bei der inhaltlichen und technischen Ausgestaltung dieser Projekte jedoch nur ins Benehmen zu setzen ist.

Der GKV-Spitzenverband wird das IT-Großprojekt eGK und Telematikinfrastruktur weiterhin energisch vorantreiben – dies nicht nur aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung, sondern auch aus der Überzeugung heraus, dass die Patienten und Versicherten in Deutschland nicht länger auf eine Telematikinfrastruktur verzichten können.



Trotta von Salerno war Anfang des 12. Jahrhunderts eine der ersten bedeutenden europäischen Medizinerinnen. Wie bei vielen frühen Ärztinnen war ihr Schwerpunkt die Reproduktionsmedizin. Ihr Buch „Über die Behandlung von Frauen“ war über vier Jahrhunderte das Standardwerk der Geburtshilfe an europäischen Fakultäten und belegt u. a. ein bereits tiefes Verständnis von zyklusbeobachtender Geburtenkontrolle.



Erste Stufe der Pflegereform

Mit dem Ersten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I) hat der Gesetzgeber eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung eingeleitet. Die Flexibilisierung und Ausweitung der Pflegeleistungen mit Blick auf die anstehende Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stärken die häusliche Pflege und tragen zu einer weiteren Entlastung der pflegenden Angehörigen bei. Damit wird den Forderungen des GKV-Spitzenverbandes Rechnung getragen.

Leistungsverbesserungen

Das Erste Pflegestärkungsgesetz sieht eine Vielzahl an Leistungsverbesserungen vor:

- Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie Pflegesach- und Geldleistungen stehen ohne gegenseitige Anrechnung gleichrangig nebeneinander.
- Die Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege verbessert die bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Leistungen.
- Ambulante Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. demenziell oder psychisch erkrankte Menschen) ohne Pflegestufe werden ausgeweitet.

Dies betrifft auch den Wohngruppenzuschlag und die Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngruppen. Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführte Förderung

Mit zusätzlichen Entlastungsleistungen können Versicherte neben anerkannten Betreuungsangeboten auch Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleiter finanzieren.

von ambulant betreuten Wohngemeinschaften hatte die Pflegekassen in der Praxis vor erhebliche Probleme bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen gestellt. Der Gesetzgeber reagierte darauf und vereinfachte die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen insbesondere durch die Festlegung der Wohngruppengröße und die Konkretisierung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

Neue Wahlmöglichkeiten

Mit der Einführung zusätzlicher Entlastungsleistungen sowohl für kognitiv als auch somatisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei gleichzeitiger Öffnung der zusätzlichen Betreuungsleistungen für alle Pflegebedürftigen wird eine Empfehlung des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umgesetzt. Damit können Versicherte neben anerkannten Betreuungsangeboten auch Haushalts- und Serviceangebote oder Alltagsbegleiter finanzieren. Ein Teil der Pflegesachleistung kann zur Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendet werden. Damit werden neue Wahlmöglichkeiten zur Gestaltung der Pflege geschaffen. Die Anerkennung dieser Angebote erfolgt durch die Länder. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes, vor diesem Hintergrund eine einheitliche Qualitätssicherung sicherzustellen, fand über entsprechende Änderungen am Gesetzentwurf Eingang in das Gesetz. Darüber hinaus wird auch die Betreuung in stationären Einrichtungen weiter ausgebaut. Die Dynamisierung aller Leistungsbeträge trägt zur finanziellen Entlastung der pflegebedürftigen Menschen bei. Damit wird allerdings die in der Vergangenheit versäumte Anpassung der Pflegeleistungen an die Preisentwicklung nicht vollständig ausgeglichen. Es bleibt in Zukunft notwendig, dem Preisverfall durch eine regelmäßige und angemessene Dynamisierung entgegenzuwirken.

Beiträge langfristig stabil halten

Zur Finanzierung dieser Leistungsverbesserungen stieg der Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte auf 2,35 Prozent, für Kinderlose auf 2,6 Prozent. Dies führt im Jahr 2015 zu Mehreinnahmen der Pflegeversicherung von rund 3,63 Mrd. Euro. Von der Beitragssatzsteigerung fließen 0,1 Beitragssatzpunkte in den Aufbau eines Pflegevorsorgefonds. Dieser soll mögliche Beitragssteigerungen abfedern, wenn ab 2034 die geburtenstarken Jahrgänge ins Pflegealter kommen. Es bestehen allerdings Zweifel, ob das angestrebte Ziel der langfristigen Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung mit

den vorgesehenen Maßnahmen alleine erreicht werden kann. Nicht nur deshalb muss sichergestellt werden, dass die Mittel des Fonds nicht zweckentfremdet werden.

Rechtliche Umsetzung begleiten

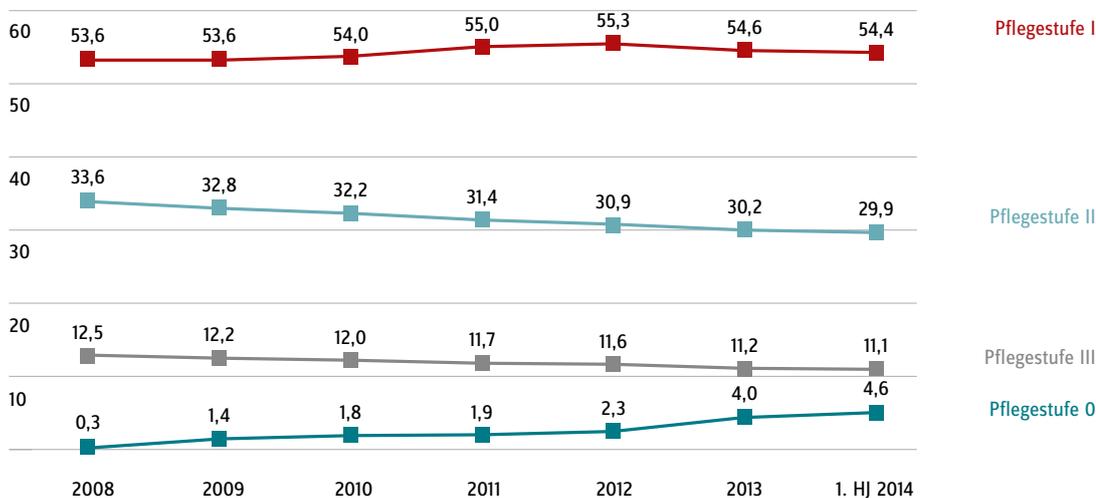
Im Rahmen der Umsetzung des PSG I kommt dem GKV-Spitzenverband eine wesentliche Rolle zu. So haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die neuen bzw. verbesserten Leistungen in einem „Gemeinsamen Rundschreiben“ beschrieben. Zudem bestimmt der GKV-Spitzenverband mit dem Verband der Privaten Pflegeversicherung die Voraussetzun-

gen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung des Verfahrens sowie der Förderung niedrigschwelliger Entlastungsleistungen. Diese werden durch Rechtsverordnungen in den einzelnen Bundesländern umgesetzt. Die Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte in stationären Einrichtungen sind aufgrund der Ausweitung der anspruchsberechtigten Personen anzupassen.

In einer zweiten Reformstufe beabsichtigt die Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Verfahrens zur Pflegebedürftigkeit.

Abb. 6
Entwicklung der Leistungsempfänger in den Pflegestufen

Angaben in Prozent



Quelle: Amtliche Statistik PG 2; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Modellprojekte zur NBA-Erprobung

Seit April 2014 fördert der GKV-Spitzenverband innerhalb des Modellprogramms zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zwei Projekte, um notwendige Erkenntnisse zur qualitätsgesicherten und verantwortungsvollen Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu gewinnen:

1. Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI,
2. Evaluation des NBA - Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen.

Praxistauglichkeit belegen

Die Praktikabilitätsstudie folgt einer Empfehlung des Beirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Der Beirat regte an, das NBA vor Einführung bezüglich seiner Umsetzbarkeit in der Begutachtungspraxis zu erproben. In der Studie werden die praktische

Handhabung und die sachliche Angemessenheit des NBA in seiner aktuellen Fassung sowie die Verständlichkeit und Akzeptanz des neuen Verfahrens bei Versicherten untersucht. Von

Anfang Juli bis Ende Oktober 2014 wurde das NBA in der Begutachtung von erwachsenen Antragstellern und bei Kindern eingesetzt. Die Stichprobe umfasste über 2.000 Begutachtungen, darunter 1.720 Erwachsene und 300 Kinder. Die Ergebnisse der Studie liegen rechtzeitig zu den anstehenden Gesetzgebungsverfahren vor.

Versorgungsaufwand ermitteln

Das zweite Modellprojekt entstand vor dem Hintergrund, dass mit Blick auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bisher keine empirischen Daten vorliegen, aus denen sich die relativen Leistungshöhen der neuen Pflegegrade ableiten ließen. Diese Lücke wird nun geschlossen: Nach Begutachtung mit dem NBA und Einstufung in einen Pflegegrad in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird über eine Woche hinweg der Pflegeaufwand einzelner Personen erfasst. Plausibilität und Transparenz der Pflegegrade vor

dem Hintergrund des Versorgungsaufwands werden damit empirisch belegt. Das Projekt dient zudem als eine empirische Grundlage, um die nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erzielten Veränderungen bewerten zu können. Es wird in 38 stationären Pflegeeinrichtungen in sieben Bundesländern mit einer Stichprobe von ca. 1.700 Bewohnern durchgeführt. Die Datenerhebung startete im Juli 2014. Auch hier werden die Ergebnisse für die anstehende Gesetzgebung im Jahr 2015 zur Verfügung stehen.

Plausibilität und Transparenz der Pflegegrade werden vor dem Hintergrund des Versorgungsaufwands empirisch belegt.



Module des Neuen

Begutachtungsassessments (NBA)

Im Vordergrund der Begutachtungen stehen nicht mehr Einschränkungen bei bestimmten körperbezogenen Verrichtungen, sondern Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeitsstörungen in folgenden Bereichen:

- Mobilität
- Kognitive Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte
- Außerhäusliche Aktivität*
- Haushaltsführung*

*Diese Module fließen nicht in die rechnerische Bemessung des Pflegegrads mit ein.

Entbürokratisierung der Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist eine wichtige Grundlage, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten. In den letzten Jahren wurde die Dokumentation jedoch immer umfangreicher – ein Zeitaufwand, der bei der eigentlichen Pflege fehlte. Das Bundesgesundheitsministerium initiierte deshalb im Jahr 2013 das Projekt „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“. Die Ergebnisse des Projekts wurden im April 2014 vorgestellt.

Der GKV-Spitzenverband hat das Projekt intensiv begleitet und unterstützt das Ziel, Dokumentationen in der stationären und ambulanten Pflege ohne Abstriche bei der Aussagekraft im Umfang deutlich zu reduzieren. Gemeinsam mit den weiteren Partnern der Pflegeselbstverwaltung, neben dem GKV-Spitzenverband bestehend aus der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, wurde im Juli 2014 festgestellt, dass die Ergebnisse des Projekts mit den derzeit bestehenden rechtlichen Grundlagen und den hieraus resultierenden Prüfanforderungen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien vereinbar sind. Die flächendeckende Einführung des Strukturmodells kann auf dieser Grundlage beginnen. Der GKV-Spitzenverband wird diesen Prozess eng begleiten.

Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Auch die externen Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind an die neuen Herausforderungen anzupassen. Externe Qualitätsprüfungen dienen dem Schutz der Pflegebedürftigen. Es wird geprüft, ob die gesetzlichen Qualitätsanforderungen erfüllt werden und unter welchen Bedingungen die Ergebnisse der Pflegequalität zustande kommen. Bei Qualitätsmängeln werden den Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel auferlegt. Die Prüfung bildet gleichzeitig

die Grundlage für die Beratung der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung. **Ziel ist ein wissenschaftlich abgesichertes, praktikables und verbraucherfreundliches System.** Zudem werden verbraucherrelevante Informationen erhoben, die Pflegebedürftige und deren Angehörige dabei unterstützen können, eine passende Pflegeeinrichtung auszuwählen.

Um diese gesetzlichen Aufgaben weiterhin erfüllen zu können, soll kurzfristig parallel zur Entwicklung der Ergebnisindikatoren ein neues Prüfinstrumentarium entwickelt werden. Dieses soll einerseits wissenschaftlichen sowie methodischen Gütekriterien genügen und andererseits das interne Qualitätsmanagement systematisch über Ergebnisindikatoren mit der externen Qualitätsprüfung verknüpfen. Ziel ist es, ein wissenschaftlich abgesichertes, praktikables und verbraucherfreundliches System aus internem Qualitätsmanagement, externer Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung umzusetzen.

Perspektiven für die ambulante Pflege

Im Jahr 2013 wurde die Pflege-Transparenzvereinbarung für den stationären Bereich an den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst. Seit Juni 2014 verhandelt der GKV-Spitzenverband mit den Vertragspartnern über eine entsprechende Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarung im ambulanten Bereich.

Für eine Neuausrichtung der Qualitätssicherung ist aufgrund anderer Rahmenbedingungen der im stationären Bereich eingeschlagene Weg nicht auf die ambulante Pflege übertragbar. Die ambulante Versorgungssituation zeichnet sich durch ein komplexes Gefüge aus formellen (Pflegedienste) und informellen Akteuren (Angehörige) aus. Der GKV-Spitzenverband tritt für eine fachliche Diskussion von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege ein. Die Entwicklung von Konzepten zur Neuausrichtung muss unter Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise erfolgen.

Expertenstandards zur Weiterentwicklung der Pflegequalität

Expertenstandards sind evidenzbasierte Instrumente zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Gesetzgeber hat im Zuge des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes die Pflegeselbstverwaltung aufgefordert, die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards sicherzustellen.

Diese hat sich darauf verständigt, einen ersten Expertenstandard zum Thema „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ entwickeln zu lassen. Mit der Entwicklung wurde das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) beauftragt, das bereits seit dem Jahr 2000 über Erfahrungen mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards verfügt. Seit Mitte 2014 liegt der fachlich konsenterte Expertenstandard-Entwurf vor. Dieser wird den Absprachen entsprechend im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts ab Anfang 2015 modellhaft implementiert, um Erkenntnisse zur Praktikabilität und zur Effektivität der empfohlenen Maßnahmen zu erhalten. Nach Abschluss der Implementierung und Beschlussfassung der Vertragspartner wird der Expertenstandard für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen verbindlich.

Weitere Expertenstandards zu anderen relevanten Themen sollen folgen. Ebenso wird die fachliche Aktualisierung bestehender Expertenstandards des DNQP – z. B. zur Dekubitusprophylaxe, zum Schmerzmanagement oder zur Kontinenzförderung – vom GKV-Spitzenverband angestrebt.

Qualitätsindikatoren in der stationären Pflege

Auch im Bereich der Pflegeversicherung wird vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse verstärkt nach Möglichkeiten gesucht, wie die Ergebnisqualität – z. B. der erreichte Grad der Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen oder

der Ernährungszustand der Bewohner – stärker als bisher bei der Messung und Darstellung der Pflegequalität berücksichtigt werden kann.

Auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse hat sich die Pflegeselbstverwaltung auf Eckpunkte für ein indikatorengestütztes Verfahren geeinigt. In einem ersten Schritt werden 15 gesundheitsbezogene Qualitätsindikatoren in stationären Pflegeeinrichtungen (z. B. zu Sturzfolgen und zur Häufigkeit von Druckgeschwüren) im Rahmen eines europaweit ausgeschriebenen Modellprojekts erprobt. So sollen vor der bundesweiten Einführung Erkenntnisse über die notwendigen Voraussetzungen in den Pflegeeinrichtungen sowie über Details der inhaltlichen Ausgestaltung des komplexen Verfahrens gewonnen werden. Es wird von einer Projektlaufzeit von ca. zwei Jahren ausgegangen. Auf Grundlage der Ergebnisse des Pilotprojekts, die im Jahr 2017 vorliegen werden, entscheiden die Vertragspartner in der Pflege über die Details der bundesweiten Umsetzung.



Bestehende und geplante Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe
- Entlassungsmanagement
- Schmerzmanagement
- Sturzprophylaxe
- Förderung der Harnkontinenz
- Versorgung chronischer Wunden
- Ernährungsmanagement
- Erhaltung und Förderung der Mobilität (in Planung)

Modellvorhaben zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde ein Initiativprogramm zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen beschlossen. Ziel ist es, Wohnformen für Pflegebedürftige als Modelle guter Praxis zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Zentrale Kriterien der Förderung und Evaluation sind Nutzerorientierung, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit.

Das mehrstufige Beteiligungsverfahren für Projekte aus Praxis und Wissenschaft fand große Resonanz: Insgesamt wurden 232 Interessensbekundungen eingereicht. Sie wurden unter Einbindung externer Gutachter anhand der für die Ausschreibung geltenden Qualitätskriterien bewertet; 58 Projektträger wurden zur Antragstellung aufgefordert, darunter auch Wissenschaftsprojekte. Bereits laufende Projekte, die ebenfalls innovative Erkenntnisse versprechen, werden als Evaluationsprojekte ohne direkte

Förderung aufgenommen. Insgesamt repräsentieren die Antragsteller bundesweit eine Vielfalt neuer Wohn-, Pflege- und Betreuungskonzepte. Der Start erfolgt sukzessiv seit Januar 2015. Die wissenschaftliche Begleitforschung wird seit November 2014 als Kooperation der Prognos AG mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe e. V. umgesetzt. Ergebnisse der Gesamtevaluation werden Anfang 2018 vorliegen.

Häusliche Betreuungsleistungen von Betreuungsdiensten

Häusliche Betreuung wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in das SGB XI aufgenommen. Bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, mit dem das Leistungsspektrum neu definiert wird, haben Versicherte aller Pflegestufen oder mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf häusliche Betreuung als Sachleistung. Mit der Neuregelung wird zugleich die modellhafte Zulassung von Betreuungsdiensten ermöglicht. Wie bislang nur ambulante Pflegedienste dürfen nun auch Betreuungsdienste häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen.

In Modellprojekten dürfen auch Betreuungsdienste häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erbringen.

Der GKV-Spitzenverband hat die Erfüllung der Voraussetzungen aller interessierten Betreuungsdienste anhand der eingereichten Unterlagen mit Blick auf die fachliche Eignung der Leitungsperson, die Qualifikation der Mitarbeitenden und die Qualität des Betreuungskonzeptes geprüft. Bundesweit wurden 122 Dienste ausgewählt, die nun mit den jeweils zuständigen Landesverbänden der Pflegekassen einen befristeten Versorgungsvertrag schließen können. Von der wissenschaftlichen Begleitforschung werden die Wirkungen des Einsatzes dieser Betreuungsdienste auf die pflegerische Versorgung bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Leistungsinhalt und Akzeptanz bei den Nutzern untersucht. Die Gesamtevaluation wird 2017 abgeschlossen sein.



Neue Wohnformen

- Wohnen in Gemeinschaft
- Wohnen mit Service
- Wohnen mit Versorgungssicherheit
- Neue Modelle in der stationären Pflege
- Quartierskonzepte

Förder- und Evaluationskriterien im Modellprogramm nach § 45f SGB XI

- Nutzerorientierung
- Qualität
- Wirtschaftlichkeit
- Übertragbarkeit
- Nachhaltigkeit



Vielen ist sie als katholische Mystikerin und Kirchenlehrerin bekannt, die wissenschaftliche Bedeutung **Hildegard von Bingens** liegt aber in der Zusammenführung von Volksheilkunde und dem griechisch-lateinischen Wissen um Krankheiten und Heilmittel. Besonderen Wert legte sie in ihren medizinischen Werken auf die tatsächliche Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit der von ihr empfohlenen Heilpflanzen.

Eckpunkte der Krankenhausreform

Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD aus dem Jahr 2013 sieht zur Vorbereitung einer Krankenhausreform die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor. Unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nahm die Arbeitsgruppe im Mai 2014 ihre Arbeit auf und legte im Dezember 2014 ein 24 Seiten starkes Eckpunktepapier vor, das Grundlage für den Gesetzgebungsprozess im Jahr 2015 sein soll. Die Länderseite in der Arbeitsgruppe wurde durch die Hamburger Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) geführt, die im Jahr 2014 auch Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) war.

Die Themenschwerpunkte der insgesamt fünf Arbeitsgruppentermine orientierten sich an den Vorgaben des Koalitionsvertrags: Qualität, DRG/Betriebskosten, Investitionskosten sowie das Gesamtfinanzierungspaket. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes finden sich in den im Dezember verabschiedeten Eckpunkten zukunftsweisende Ansätze, das Gesamtergebnis ist aber durchaus kritisch zu sehen.

Probleme der Finanzierung bleiben bestehen

Der wesentliche Mangel der als große Reform angekündigten Eckpunkte springt sofort ins Auge: Das Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder wird nicht einmal im Ansatz gelöst. Beim Start der sogenannten dualen Finanzierung (Länder zahlen die Investitionen, Krankenkassen die Betriebskosten) betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch mehr als 20 Prozent, inzwischen finanzieren die Länder weniger als 5 Prozent. Da dies weit unter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt, wird die DRG-Fallpauschalenvergütung inzwischen – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – zur Investitionsfinanzierung genutzt. Die zunehmende Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen geht aber keineswegs mit zusätzlichen Mitspracherechten einher. Die allein bei den Ländern liegende Krankenhausplanung führt insbesondere in Ballungsgebieten zu Überkapazitäten.

Immerhin hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Handlungsbedarf in puncto Kapazitätsplanung erkannt und einen Strukturfonds vorgesehen, um den anstehenden Umstrukturierungsprozess voranzubringen. Einmalig sollen 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, wobei nur Projekte förderungsfähig sind, bei denen die Länder den gleichen Betrag kofinanzieren. Der GKV-Spitzenverband hatte sich in seinen „14 Positionen für 2014“

für einen solchen Fonds ausgesprochen. Ob **Mit einem Strukturfonds sollen Überkapazitäten abgebaut werden.**

allerdings das anvisierte Volumen, das im Promillebereich der Krankenhausausgaben liegt, geeignet ist, die von Überkapazitäten geprägte deutsche Krankenhauslandschaft nachhaltig zu verändern, muss bezweifelt werden. Die Bewertung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lautet deshalb: Immerhin ein Startschuss.

Stärkere Qualitätsorientierung

Positiv zu bewerten ist die Qualitätsorientierung. Ähnlich wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes“ gefordert hat, soll unterschiedliche Qualität endlich Konsequenzen haben. Das gilt sowohl für die Struktur- als auch für die Ergebnisqualität:

- Qualitätsindikatoren sollen auch für die Krankenhausplanung nutzbar gemacht werden.
- Die Verbindlichkeit der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) soll klargestellt werden.
- Festsetzung und Anwendung der Mindestmengenregelungen sollen rechtssicher werden.
- Für ausgewählte Leistungen sollen Qualitätszuschläge und -abschläge eingeführt werden.
- Für vier planbare Leistungen bzw. Leistungsbereiche werden „Qualitätsverträge“ zwecks besonderer Förderung hochwertiger Versorgung ermöglicht.

Abb. 7
Finanztableau Bund-Länder-Eckpunkte

Maßnahme	Schätzung der Bund-Länder-AG		
	Finanzwirkung (in Mio. Euro)		
	2016	2017	2018
Qualitätszu- und -abschläge	0	60	60
Sicherstellungszuschläge	0	100	100
Zentrumszuschläge	200	200	200
Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses	100	100	100
Landesbasisfallwertkonvergenz	80	70	60
Mengenberücksichtigung: Von der Landes- auf die Hausebene	0	140	280
Pflegestellenförderprogramm	110	220	330
Hochschulambulanzen	265	265	265
Andere Krankenhausambulanzen	40	40	40
Strukturfonds	100	100	100
Gesamt	895	1.295	1.535

Berücksichtigt man, dass die Mehrkosten von G-BA-Beschlüssen und die Kosten der Landesbasisfallwertkonvergenz basiswirksam sind, dann erhöhen sich die Kosten 2017 auf 1.445 Mio. Euro und 2018 auf 1.835 Mio. Euro.

Die GKV begrüßt diese Qualitätsorientierung, warnt aber davor, von diesen Absichtserklärungen kurzfristig eine völlig veränderte Versorgungsrealität zu erwarten.

Weitere Eckpunkte betreffen die Sicherstellungszuschläge (künftig Definition durch den G-BA), die Notfallversorgung (Differenzierung der Abschlagszahlung), die bessere Vergütung von Zentren (Einrichtungen, die sich anhand definierter Kriterien von anderen Krankenhäusern durch ihre medizinische Kompetenz und Ausstattung abheben) sowie die Einführung eines Transplantationsregisters.

Ausgabenentwicklung wird weiter verschärft

Unbefriedigend sind die Regelungen zur Mengen- und Preisentwicklung. Die Berücksichtigung von Mengensteigerungen bei der Preisfestsetzung auf Landesebene wird quasi abgeschafft und die Angleichung der Landesbasisfallwerte erfolgt ausschließlich nach oben. Das so skizzierte System wird nur wenige Jahre ohne korrigierende Eingriffe funktionieren. Noch vor der konkreten gesetzlichen Umsetzung zeichnet sich schon heute ab: Die mit der Reform einhergehenden jährlichen Mehrkosten in einer Größenordnung von deutlich über 1 Mrd. Euro werden die Ausgabenentwicklung der GKV noch einmal beitragsatzrelevant verschärfen.

Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag einen deutlichen Akzent auf das Thema Qualität in der Gesundheitsversorgung gelegt. Qualitätssicherung wurde zwar auch in der Vergangenheit bereits betrieben. Hier gibt es allerdings nach wie vor „weiße Flecken“. Vor allem aber fehlt es häufig an der konsequenten Durchsetzung bestehender Qualitätsvorgaben. Per Gesetz will die Bundesregierung deshalb eine qualitätsorientierte Versorgungssteuerung implementieren und Qualität konsequent sichern. Ziel ist es, dass Patienten und Versicherte von den Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung tatsächlich profitieren. In einem Positionspapier formulierte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im September 2014 zehn Forderungen für die erfolgreiche Umsetzung einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung und Vergütung.

1. Qualität konsequent sichern

In Deutschland gibt es zwar ein Geflecht von Regularien zur Struktur- und Prozessqualität, allerdings fehlt es an Rechtssicherheit und Vollständigkeit. Beispielsweise decken die Qualitätssicherungsverfahren im stationären Bereich nur rund ein Viertel der Fälle ab. Defizitär ist ebenfalls die Transparenz im ambulanten Bereich. Diese Lücken in der Versorgungsqualität von Patienten gilt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu schließen.

2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen

Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität müssen verbindlich eingehalten werden. Insbesondere im stationären Bereich ist dies bislang nicht immer der Fall. Es ist zweifelsfrei zu regeln, dass die Leistungsvoraussetzungen in Krankenhäusern regelmäßig von unabhängiger Seite überprüft werden. Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsvoraussetzungen nicht, darf es die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erbringen und nicht abrechnen. Auch die Krankenhausplanung darf die Mindestanforderungen an die Qualität nicht außer Kraft setzen.

3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten

Die Sicherstellung der Behandlungserfahrung ist eines der wesentlichen Instrumente zur Qualitätssicherung. Zwar ist ihre Operationalisierung durch Mindestmengen in vielen Bereichen der ambulanten und auch in der stationären Versorgung gängig, die Umsetzung im Krankenhaus allerdings äußerst unbefriedigend. Wenn der Gesetzgeber will, dass in der Versorgung Behandlungserfahrung eine größere Rolle spielt, dann müssen Schritte unternommen werden, um die Festlegung von Mindestmengen in Krankenhäusern zu vereinfachen und die Umsetzung rechtssicher zu gestalten.

4. Personalanforderungen definieren

Dem Personaleinsatz kommt neben Arzneimittelprüfungen, technischen Anforderungen und prozeduralen Vorgaben eine fundamentale Rolle bei der Qualitätssicherung zu. Überwiegend liegt er im Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements. Es gibt einen Bedarf an zusätzlichen externen Vorgaben zum Personaleinsatz, insbesondere dort, wo eine Unterschreitung qualitätskritisch und die Patientensicherheit gefährdet ist. Personalanhaltszahlen über ganze Krankenhäuser führen jedoch nicht zum Ziel.

5. Indikatoren weiterentwickeln

Indikatoren sind das unverzichtbare Herzstück einer jeden Qualitätssicherung. In der externen stationären Qualitätssicherung gibt es in ausgewählten Leistungsbereichen bereits eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren. Bei deren Weiterentwicklung sollte die Ergebnisqualität verstärkt in den Fokus gerückt werden. Für eine flächendeckende und sektorübergreifende Qualitätssicherung müssen jedoch in vielen Indikationsgebieten noch Indikatoren entwickelt werden. Dabei sind Routinedaten – auch zur Vermeidung des Dokumentationsaufwands – konsequenter zu nutzen.

6. Transparenz verbessern

Aktualität und Transparenz der Qualitätsdaten müssen in allen Sektoren verbessert werden. Neben den einrichtungsbezogenen Qualitätsberichten für Krankenhäuser sollte es künftig auch praxisbezogene Qualitätsberichte über niedergelassene Ärzte geben. Die Qualitätsdaten beider Sektoren sind vom neuen Qualitätsinstitut öffentlich zur Verfügung zu stellen.

7. Alle Vertragsformen einbeziehen

Damit die Versorgungsqualität umfassend beurteilt werden kann, müssen zukünftig Versorgungsleistungen im Kollektiv- wie im Selektivvertrag mit gleichen Standards erfasst und transparent gemacht werden. Dies ist eine Aufgabe für das neue Qualitätsinstitut, das in diesem wettbewerblichen Umfeld die Neutralität gewährleistet. Die Zusammenführung und gemeinsame Beurteilung dieser Versorgungsdaten ist dabei ein notwendiger Garant für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb.

8. Qualitätsverträge ermöglichen

Eine konsequent qualitätsorientierte Krankenhausversorgung ist nicht allein durch landesplanerische Eingriffe zu erwarten. Solche Initiativen wären schon immer möglich gewesen, sind aber nie erfolgt. Alternativ kann für ausgewählte Leistungen eine qualitätsorientierte Ausschreibung erfolgen. Der nun beschrittene Weg, den stationären Bereich für selektive Vertragsformen zu öffnen, muss konsequent weiterverfolgt werden, die Qualitätssicherung sollte für diese Vertragsformen kollektiv erfolgen.

9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten

Gutes muss sich künftig lohnen. Voraussetzung dafür ist eine Vergütung, die Qualitätsanreize setzt. Damit gute Qualität sich künftig durchsetzt, müssen eine Vergütung nach Ergebnisqualität und die Einhaltung struktureller Mindestvoraussetzungen Hand in Hand gehen. Erforderlich sind valide und wenig manipulationsanfällige Indikatoren.

10. Sektorengrenzen überwinden

Die Einführung sektorübergreifender Qualitätssicherungsverfahren konnte bisher in der Praxis nicht realisiert werden. Der Gesetzgeber muss deshalb nachsteuern. Das neue Qualitätsinstitut sollte die sektorspezifischen Verfahren für die Qualitätssicherung sektorübergreifend weiterentwickeln: Qualitätssicherung auf Landesebene sollte dabei auf sektorübergreifende Arbeitsgemeinschaften übergehen. Sektorale Eigeninteressen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dürfen der Umsetzung hierbei nicht im Wege stehen.



Studien zur Krankenhausversorgung

Gutachten zur Mengenentwicklung im stationären Bereich

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz (2012) wurde die Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung im stationären Bereich durch den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) verankert. Die Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Jonas Schreyögg (Universität Hamburg) und Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin) untersuchten in einer empirischen Studie Veränderungen der Nachfrage und des Angebots von Krankenhausleistungen. Sie erarbeiteten außerdem Lösungsvorschläge im Bereich der Mengenentwicklung und der qualitätsorientierten Vergütung und Versorgungssteuerung. Ihr Gesamtgutachten erschien am 10. Juli 2014. Damit liegt eine fundierte Analyse der Leistungs- und Mengenentwicklung sowie der bestehenden Einflussgrößen für die Jahre 2007 bis 2012 vor.

Die Mengenentwicklung und das Niveau der Leistungserbringung im Krankenhausbereich sind zum größten Teil nicht demografisch erklärbar.

Die Untersuchung bestätigte die Ergebnisse der bekannten DRG-Begleitforschung. Zwischen 2007 und 2012 ist die Zahl der vollstationären Fälle in deutschen Krankenhäusern von 17,2 Mio. auf 18,6 Mio. (+ 8,4 Prozent) gestiegen. Neben dem stetigen Anstieg der Fallzahlen ist auch das Fallzahlniveau im internationalen Kontext bemerkenswert: Deutschland nimmt im OECD-Vergleich der absoluten Fallzahlen pro 100 Einwohner eine Spitzenposition ein. Es wurde zudem bestätigt, dass die Mengenentwicklung und das Niveau der Leistungserbringung im Krankenhausbereich zum größten Teil nicht demografisch erklärbar sind.

Auf der Angebotsseite untermauert das Gutachten den kausalen Zusammenhang „Der Preis macht die Menge“. Die Studie hebt hervor, dass Krankenhäuser ihre Fallzahlen kausal als Antwort auf die Veränderungen der Deckungsbeiträge und damit des Preises anpassen. Das Gutachten macht zudem eine Reihe von Reformvorschlägen, zu denen

jedoch keine gemeinsame Meinungsbildung von DKG und GKV zustande kam.

Gutachten zu Marktaustritten von Krankenhäusern

Im August 2014 wurde das vom GKV-Spitzenverband beauftragte Gutachten „Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern - Deutschland 2003 bis 2013“ von Dr. Uwe K. Preusker, Dr. Markus Müschenich und Sven Preusker veröffentlicht. Es leistet einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion über die anstehende Strukturbereinigung in der Krankenhauslandschaft.

Das Gutachten kommt zu dem Ergebnis, dass es keinen Trend zu vermehrten Schließungen von Krankenhäusern gibt. Laut Preusker et al. gab es deutlich weniger Marktaustritte als bisher angenommen. So weist die offizielle Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes für den Zeitraum von 2003 bis 2012 zwar einen Rückgang um insgesamt 204 auf 2.017 Krankenhäuser (Stand 31. Dezember 2012) aus. Laut Studie sind jedoch nur 74 der nicht mehr in der Statistik geführten Krankenhäuser - gut 36 Prozent - auf vollständige Marktaustritte zurückzuführen. Zudem wurden die wichtigsten Akteure und Faktoren von Marktaustritten und gescheiterten Marktaustritten analysiert. Es zeigt sich, dass die entscheidenden Akteure bei einer Schließung der Krankenhäuser und das Klinik-Management sind. Die Landesplanungsbehörden sowie die Kostenträger spielen eine eher untergeordnete Rolle. Eine wichtige Marktaustrittshürde sind die hohen Schließungskosten. Die Autoren regen vor diesem Hintergrund an, verstärkt Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser einzusetzen.

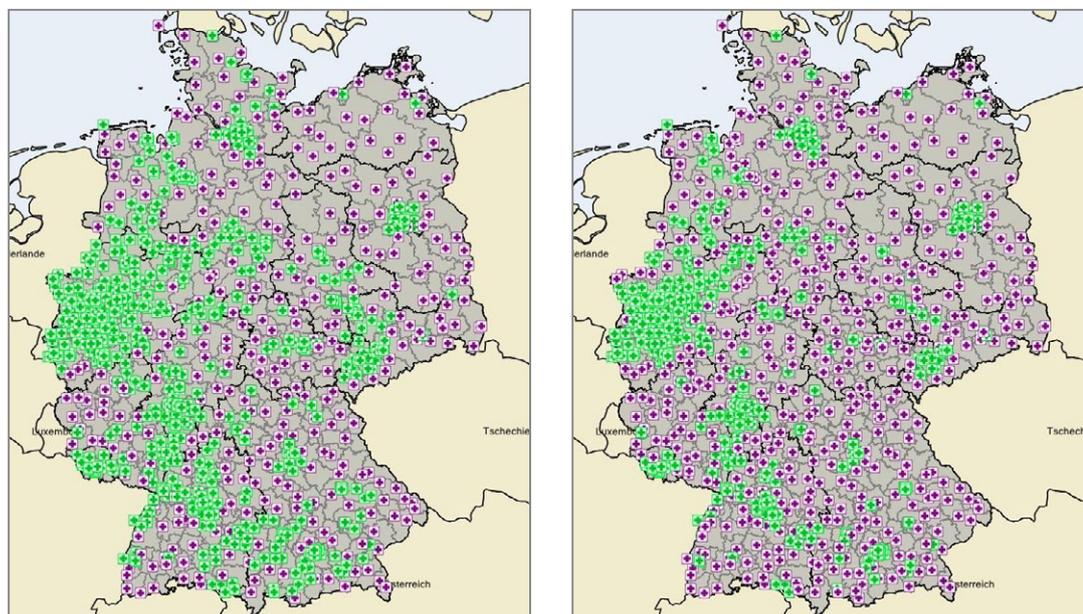
Krankenhausversorgungssimulator

Die Krankenhausplanung der Länder erfüllt ihre Steuerungsfunktion offensichtlich nicht mehr. Insbesondere in Ballungszentren sind Überkapazitäten im Krankenhausbereich offenkundig, die es dringend abzubauen gilt. Gleichzeitig muss der Zugang der Versicherten in ländlichen Regionen

zur stationären Versorgung gewährleistet bleiben. Bisher fehlten jedoch Instrumente und Studien, die die Effekte eines Marktaustritts hinsichtlich der Erreichbarkeit und der Vorhaltung von Kapazitäten transparent darstellen. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband Ende 2013 die Entwicklung eines „KrankenhausVersorgungsSimulators“ vergeben. Mit dessen Hilfe ist es möglich, die Wirkung von Marktaustritten von Krankenhäusern oder Schließungen einzelner Fachabteilungen auf die regionale Krankenhaus-

versorgung abzuschätzen. Im Laufe des Jahres 2014 wurde ein Prototyp entwickelt, der die Konsequenzen von Standortschließungen, aber auch von Mindestmengenvorgaben simulieren kann (vgl. Abbildung). Auf dieser Basis kann der GKV-Spitzenverband die ordnungspolitischen Diskussionen über die künftige Gestaltung der Krankenhausstrukturen fundiert begleiten. Derzeit sind eine Weiterentwicklung zur Nutzung für die Krankenkassen sowie eine öffentliche und frei verfügbare Webvariante in Arbeit.

Abb. 8
Krankenhaussimulator



Fahrstrecke bis 30 km

Fahrstrecke bis 25 km

Die Strukturbereinigung im Krankenhausbereich soll durch einen Strukturfonds, der Gelder für den Marktaustritt von Standorten zur Verfügung stellt, unterstützt werden. Bei der Mittelvergabe des Strukturfonds sind die Implikationen eines möglichen Marktaustritts zu berücksichtigen. Vereinfacht ausgedrückt: Es dürfen nur Marktaustritte von Standorten mit Geldern aus dem Strukturfonds unterstützt werden, sofern der jeweilige Marktaustritt nicht zu unzumutbaren Fahrzeiten bzw. Fahrstrecken führt. Anhand des Simulators lässt sich „häuserblockgenau“ ermitteln, welche Fahrzeiten bzw. Fahrstrecken durch Veränderungen der Krankenhausstruktur entstehen. Die Abbildungen zeigen [in grün] Standorte, die - jeder für sich - aus dem Markt austreten könnten, ohne dass Fahrstrecken von mehr als 30 bzw. 25 Kilometern entstehen. Das bedeutet nicht, dass alle grün markierten Standorte aus dem Markt austreten können, ohne den Grenzwert zu verletzen: Jeder Marktaustritt schafft eine neue Situation. Daher müssen solche Simulationen rekursiv nach jedem Marktaustritt neu durchgeführt werden. Es entsteht damit Transparenz über Krankenhäuser, die bedarfsnotwendig sind oder die bei Marktaustritt Gelder aus einem Strukturfonds erhalten können.

Weiterentwicklung der leistungsbezogenen Vergütung für die Psychiatrie

Die Vergütung der psychiatrischen Krankenhäuser wird in den kommenden Jahren auf leistungsorientierte Entgelte umgestellt. Damit sollen mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und mehr Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen erreicht werden. Seit Anfang 2013, dem Beginn der sogenannten Optionsphase, kann das neue Vergütungssystem von Krankenhäusern und Krankenkassen angewendet werden. Die erste Einführungsphase ist für die Krankenhäuser budgetneutral ausgestaltet. Obwohl in der Abrechnung mit den einzelnen Krankenkassen bereits die neuen Entgelte verwendet werden, ist gleichzeitig sichergestellt, dass dem einzelnen Krankenhaus Gesamtmittel in Höhe seines bisherigen Budgets zur Verfügung stehen.

Weiterentwicklung des Vergütungssystems

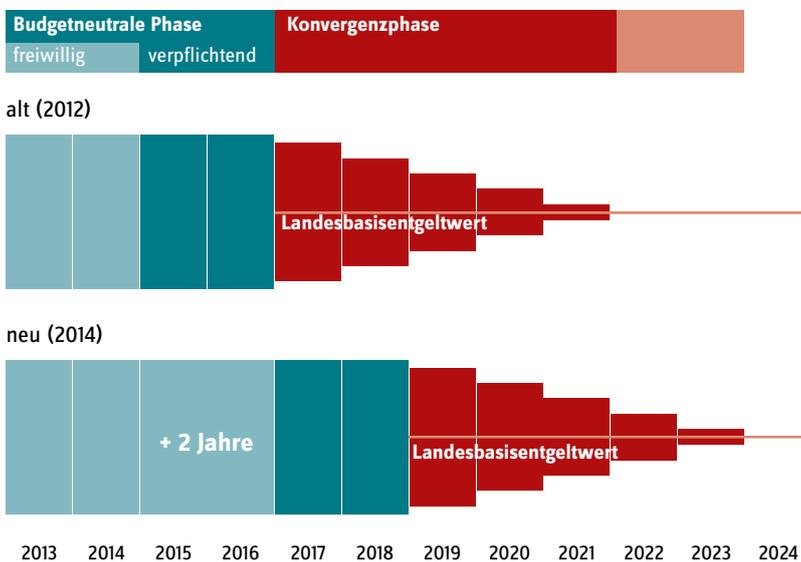
Der GKV-Spitzenverband, die Private Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben sich im Frühjahr 2014 auf Eckpunkte zur Weiterentwicklung des neuen pauschalierenden

Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) verständigt. Im September 2014 konnte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den auf dieser Basis weiterentwickelten Katalog vorstellen. Grundlage der Kalkulation sind Kostendaten zu über 200.000 Behandlungsfällen von 85 Einrichtungen. Im neuen Katalog sind wesentliche Kritikpunkte aufgegriffen und in der Systementwicklung berücksichtigt. Neu ist die Einbeziehung des Entlassungstages in die Kalkulation und Abrechnung der Entgelte. Die Höhe der Vergütung für den einzelnen Behandlungstag einer leistungsbezogenen Gruppe kann in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer variieren. Zusätzlich wurden ergänzende Tagesentgelte als neue Vergütungselemente zur Berücksichtigung des wechselnden Behandlungsaufwands im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts eingeführt. Die DKG und der GKV-Spitzenverband konnten sich Ende Oktober 2014 auf dem Verhandlungsweg auf die PEPP-Vereinbarung für das Jahr 2015 verständigen.

Einführungsprozess gerät ins Stocken

Ungeachtet dieser Weiterentwicklung hat der Gesetzgeber als Reaktion auf die anhaltende Kritik im Juni 2014 mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz eine Verschiebung der Reform um zwei Jahre beschlossen: Die Optionsphase wird um zwei Jahre verlängert. Der GKV-Spitzenverband hat sich immer gegen eine solche Verschiebung ausgesprochen, da damit die ohnehin lange Einführungsphase nun bis zum Jahre 2024 weiter ausgedehnt wird. Sinnvoll wäre ein zügiger Reformprozess, weg von der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer transparenten leistungsorientierten Vergütung. Der größte Handlungsbedarf besteht derzeit darin, die Transparenz über das Leistungsgeschehen durch eine medizinisch gehaltvollere Ausgestaltung der Klassifikationssysteme zu erhöhen, damit das PEPP-System und die Versorgungsqualität verbessert werden können. Der GKV-Spitzenverband hat sich stets für die Weiterentwicklung des PEPP-Systems und seine verpflichtende Anwendung eingesetzt und wiederholt vor einer Verzögerung zu Lasten der Versorgungsqualität gewarnt.

Abb. 9
Einführungsphasen nach alter (Psychiatrie-Entgeltgesetz, 2012) und neuer Rechtslage (Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2014)



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Neue Prüfregeln für die Krankenhausabrechnung

Die Abrechnungsprüfungen der gesetzlichen Krankenkassen in den Krankenhäusern sind seit Jahren ein konfliktbeladenes Thema. Bei nahezu konstanter Prüfquote des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) stieg die Zahl der sich als fehlerhaft erweisenden Rechnungen permanent an.

Den zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband jahrelang ausgeprägten Streit über die MDK-Prüfungen nahm der Gesetzgeber im Jahr 2013 zum Anlass, gesetzliche Neuregelungen zu implementieren. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erhielten folgenden Auftrag:

- Errichtung eines Schlichtungsausschusses Bund zur Klärung grundsätzlicher Abrechnungs- und Kodierfragen
- Einigung auf das Verfahren der Einzelfallprüfung
- Modellhafte Erprobung eines neuen Prüfverfahrens auf Basis der Daten nach dem Krankenhausentgeltgesetz

Der gesetzlichen Fristsetzung entsprechend wurde zunächst die Errichtung des Schlichtungsausschusses Bund in Angriff genommen. Es gelang, eine Einigung auf dem Verhandlungsweg zu erreichen, sodass ein Konfliktlösungsmechanismus für grundsätzliche Abrechnungs- und Kodierfragen mit Wirkung zum 1. Januar 2014 etabliert wurde.

Abrechnungstreitigkeiten vermeiden

Die Verhandlungen über die bundesweit einheitlichen Verfahrensregeln für das Prüfverfahren konnten erst in der Bundesschiedsstelle abgeschlossen werden. Dem GKV-Spitzenverband gelang es, für die künftige Rechnungsprüfung ein Vorverfahren zu vereinbaren. Dieses ermöglicht einerseits die Datenkorrektur seitens der Krankenhäuser und bietet andererseits die Chance, durch optionale Falldialoge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Abrechnungstreitigkeiten bereits vor Einschaltung des MDK beizulegen. Die Durchführung des Vorverfahrens erfordert zwar mehr Kommunikation zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, im Gegenzug wird es aber MDK-Prüfungen vermeiden und den Aufwand hierfür auf beiden Seiten reduzieren. Derzeit arbeiten DKG und GKV-Spitzenverband an einer EDV-technischen Unterstützung der neu implementierten Prozessschritte.

Strittige Abrechnungsfälle, die im Vorverfahren nicht geklärt werden können, werden weiterhin durch MDK-Gutachter geprüft. In dieser Phase haben die Krankenhäuser nur eine einmalige Korrekturmöglichkeit. Die bisherige Praxis einiger Krankenhäuser, beliebig oft nachzukodieren, wird somit begrenzt und die Qualität der Rechnungslegung insgesamt perspektivisch verbessert. Das vereinbarte Prüfverfahren gewährleistet, dass die Krankenkasse stets Herrin des Verfahrens ist: Auch in Zukunft steht es ihr frei, den MDK direkt, also ohne Vorverfahren, zu beauftragen.

Bei nahezu konstanter Prüfquote des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) stieg die Zahl der sich als fehlerhaft erweisenden Rechnungen permanent an.

Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführte neue Versorgungssektor nimmt weiter Gestalt an. Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde 2012 ein Sektor geschaffen, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser für definierte Bereiche unter gleichen Bedingungen Leistungen erbringen können. Schon zu Beginn zeigten sich die hohe Komplexität und der große Regelungsbedarf, den dieser Sektor mit sich bringt.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde die ASV-Richtlinie bereits im März 2013 verabschiedet. Im Dezember 2013 folgte mit der Tuberkulose die erste krankheitsspezifische Konkretisierung, die im April 2014 in Kraft trat. Seit Juli 2014 ist die Konkretisierung zu gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle gültig. Erstmals legte der G-BA in den Konkretisierungen neben den personellen und sächlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer auch Gebührenordnungspositionen für die jeweiligen Behandlungsumfänge abschließend fest. Im Januar 2015 fasste er Beschlüsse zu den gynäkologischen Tumoren und zum Marfan-Syndrom. Damit wurde der zweite bedeutsame Bereich der spezialisierten Krebsversorgung geregelt.

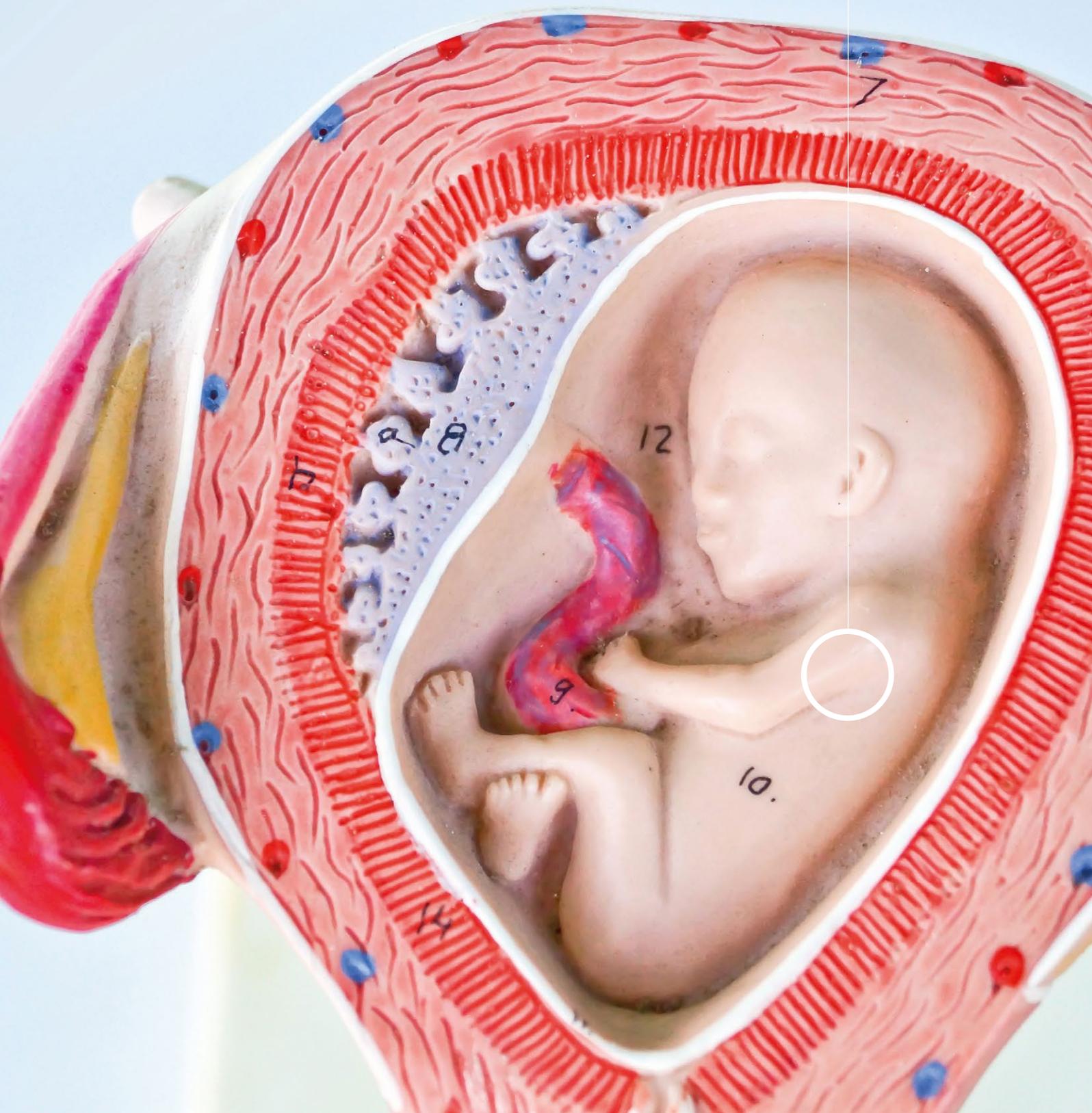
ASV-Servicestelle eingerichtet

In dreiseitigen Verhandlungen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) schloss der GKV-Spitzenverband im März 2014 eine ASV-Abrechnungsvereinbarung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die Vordrucke. In diesem Zusammenhang wurde auch die Einrichtung einer ASV-Servicestelle beschlossen. Diese wird die Vergabe einer für die Abrechnung notwendigen eindeutigen ASV-Teamnummer übernehmen. Im Übergangsverfahren hat der GKV-Spitzenverband diese Aufgabe übernommen. Perspektivisch soll das ASV-Angebot den Versicherten via Internet transparent gemacht werden.

Der ergänzte Bewertungsausschuss, in dem DKG, KBV und GKV-Spitzenverband vertreten sind, legte im Juni 2014 fest, wie Leistungen, die noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet sind, vergütet werden. Langfristig gilt es weiterhin, eine eigenständige Vergütungssystematik für die Leistungen in der ASV zu entwickeln.

Mit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wurde 2012 ein Sektor geschaffen, in dem Vertragsärzte und Krankenhäuser für definierte Bereiche unter gleichen Bedingungen Leistungen erbringen können.

Louise Bourgeois Boursier half als Hebamme über 2.000 Kindern auf die Welt, darunter auch Louis XIII. und Elisabeth von Spanien. Die von ihr 1609 geschriebene Dokumentation „Diverse Beobachtungen zu Sterilität (...), Leiden von Frauen und Neugeborenen“ wurde zum Standardwerk an medizinischen Fakultäten.



Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

Zur Sicherstellung einer bedarfsorientierten und hochwertigen ambulanten Versorgung verhandelten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auch im Jahr 2014 erfolgreich über die Aufnahme neuer Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Darüber hinaus einigte man sich auf verbindliche Qualitätsvorgaben.

EBM neu strukturieren

Zur Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung wurde vom Bewertungsausschuss die Reform des hausärztlichen Versorgungsbereichs im EBM beschlossen. Der GKV-Spitzenverband hat dafür ein Konzept vorgelegt, welches die Sicherstellung eines breiten hausärztlichen Leistungsspektrums für Versicherte sowie eine Weiterentwicklung der EBM-Kalkulationssystematik vorsieht. Die geforderten Maßnahmen haben eine hochwertige und dabei sowohl bedarfsgerechte als auch wirtschaftliche Versorgung zum Ziel.

Breites hausärztliches Leistungsspektrum fördern

Im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es bestimmte hausärztliche Basisleistungen, die derzeit noch nicht flächendeckend erbracht werden. Daher setzt sich der GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen mit der KBV dafür ein, dass diese Leistungen künftig von den Hausärzten verpflichtend vorgehalten werden müssen. Mit

der Förderung dieses Versorgungsbereichs trägt der GKV-Spitzenverband dazu bei, eine flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherzustellen.

Dabei sollen insbesondere Praxen gefördert werden, die ein breites, auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik basierendes Leistungsspektrum für die Versicherten wirtschaftlich anbieten.

EBM-Kalkulationssystematik weiterentwickeln

Auf Basis der derzeitigen EBM-Kalkulationssystematik können ökonomische Fehlanreize für die Versorgung entstehen. Derzeit werden sowohl variable Kosten (leistungsbezogene Kosten, z. B. Materialkosten) als auch Fixkosten (nichtleistungsbezogene Kosten, z. B. Mietkosten für Praxisräume) der Arztpraxen anteilig mit jeder abgerechneten EBM-Leistung vergütet. Praxen, die eine hohe Leistungsmenge erbringen, erhalten auf diese Weise eine Überkompensation ihrer tatsächlichen Fixkosten. Dadurch entsteht ein ökonomischer Anreiz zur Ausweitung insbesondere technikintensiver Leistungen, auch wenn diese medizinisch nicht notwendig sind. Aus diesem Grund setzt sich der GKV-Spitzenverband für eine Umstrukturierung der EBM-Kalkulationssystematik ein. Die Fixkosten einer Arztpraxis sollen zukünftig nur noch bis zu einem Höchstwert vergütet werden, der den Vertragsärzten eine Deckung dieser Kosten ermöglicht.



Folgende Leistungen stehen den Versicherten seit 2014 im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich zur Verfügung:

■ **Osteodensitometrische Untersuchung**

Für die Durchführung der osteodensitometrischen Untersuchung (Knochendichtemessung) wurde zum 1. Januar 2014 eine Erweiterung der möglichen Indikationen vereinbart. Durch die Einführung einer entsprechenden neuen Leistung kann die Knochendichtemessung künftig auch für Patienten erbracht werden, bei denen eine bestimmte medikamentöse Therapie zur Behandlung der Osteoporose eingeleitet werden soll.

■ **Intravitreale Medikamenteneingabe**

Zur Behandlung verschiedener Indikationen wie beispielsweise der altersbedingten feuchten Makuladegeneration erhalten Patienten seit dem 1. Oktober 2014 die intravitreale Medikamenteneingabe als vertragsärztliche Leistung. Zudem wurden Vorgaben zur Qualitätssicherung vereinbart und eine neue Leistung zur Betreuung, Kontrolle und Nachsorge eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe eingeführt.

■ **Mutterschaftsvorsorge**

Im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge wurde zum 1. Januar 2014 die Sonografie mit systematischer Untersuchung des Fötus in den EBM aufgenommen. Diese Ultraschalluntersuchung darf nur durch besonders qualifizierte Ärzte erbracht werden, die ihre Befähigung nachgewiesen haben. Zudem haben Schwangere vor Durchführung der Untersuchung Anspruch auf besondere ärztliche Aufklärung.

■ **Kapselendoskopie**

Seit dem 1. Oktober 2014 kann im Rahmen bestimmter Indikationen bei Patienten mit Erkrankungen des Dünndarms eine Untersuchung mittels Kapselendoskopie durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um ein bildgebendes Verfahren, das zu diagnostischen Zwecken Bilder an ein externes Auswertegerät überträgt. Auch für diese Leistung hat der GKV-Spitzenverband besondere Qualitätsvorgaben mit der KBV vereinbart.

Verhandlungen zur vertragsärztlichen Vergütung 2015

Die diesjährigen Verhandlungen auf Bundesebene zur vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2015 wurden zügig geführt und ohne Schiedsverfahren am 27. August 2014 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband abgeschlossen.

Der zu bestimmende Behandlungsbedarf sollte sich zukünftig an der demografischen Entwicklung orientieren.

Im Ergebnis wird der Orientierungswert ab 2015 um 1,4 Prozent angehoben und die pauschalierte fachärztliche Grundvergütung höher bewertet. Zudem wird eine gesonderte Finanzierung von Hausbesuchsleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen in der hausärztlichen Versorgung eingeführt. Mit Mehrausgaben im Umfang von jeweils 132 Mio. Euro konnte somit – auch vor dem Hintergrund der Milliardenforderungen der KBV – ein moderates Ergebnis erzielt werden.

Zusätzliche Belastungen ohne nennenswerte Verbesserungen

Während in den Jahren vor dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die jährlichen Steigerungsraten der ärztlichen Vergütung noch unterhalb von 2 Prozent lagen, sind nunmehr Steigerungsraten von 3 Prozent und mehr die Regel geworden. Grund dafür ist die Vielzahl von Forderungen, die von Ärzteseite auf Bundes- und Landesebene geltend gemacht werden können. Auch der Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes schafft hier keine Abhilfe. Vielmehr werden die Beitragszahler mit Mehrausgaben aufgrund angeblicher „unbegründeter Unterschiede“ zwischen den regionalen Vergütungen ab dem Jahr 2017 mit bis zu 500 Mio. Euro jährlich belastet, ohne dass eine nennenswerte Verbesserung der Versorgung der Patienten zu erwarten wäre. Dabei geht es gerade nicht darum, mögliche Verwerfungen zwischen den Vergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auszugleichen, sondern allein um eine einseitige Anhebung. Bereits im Jahr 2012 zog die damals durchgeführte Konvergenz der Vergütungen (GKV-Finanzierungsgesetz) basiswirksame Mehrbelastungen in Höhe von 500 Mio. Euro nach sich.

Neue Begehrlichkeiten trotz hoher Praxisüberschüsse

Es ist nicht zu erwarten, dass die KVen auf weitergehende Forderungen nach einer neuerlichen Anpassung verzichten werden. Im Gegenteil ist zu befürchten, dass neue Begehrlichkeiten derjenigen KVen entstehen, die nicht von dieser Regelung profitieren und die dann im Vergütungsranking am unteren Ende stehen. Die Politik setzt sich durch wiederholte finanzielle „Wohltaten“ selbst immer mehr und immer wieder unter Handlungsdruck. Dabei sind die Praxisüberschüsse der Ärzte bundesweit bereits auf einem sehr hohen Niveau angelangt.

Erneuerung des ärztlichen Vergütungssystems

Um den kritischen ausgabentreibenden Trend umzukehren, bedarf es einer Grunderneuerung des ärztlichen Vergütungssystems. Ziel muss es sein, ausgabentreibende Regelungen, die keine versorgungspolitische Bedeutung haben, herauszunehmen und das Vergütungssystem auf wenige und gut begründete Regelungen zu reduzieren. Dies betrifft die Fortschreibung des zu vergütenden Behandlungsbedarfs sowie das Verfahren zur Anpassung des Preises (Orientierungswert). Insbesondere der zu bestimmende Behandlungsbedarf sollte sich zukünftig allein an der demografischen Veränderungsrate orientieren und nicht mehr an der diagnosebezogenen, die durch das ärztliche Kodierverhalten methodisch anfällig ist. Unge-rechtfertigte Mehrausgaben etwa durch bestehende Doppelfinanzierungen müssen vermieden werden. Nur so kann die Stabilität der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und die flächendeckende vertragsärztliche Versorgung auch zukünftig gewährleistet werden.

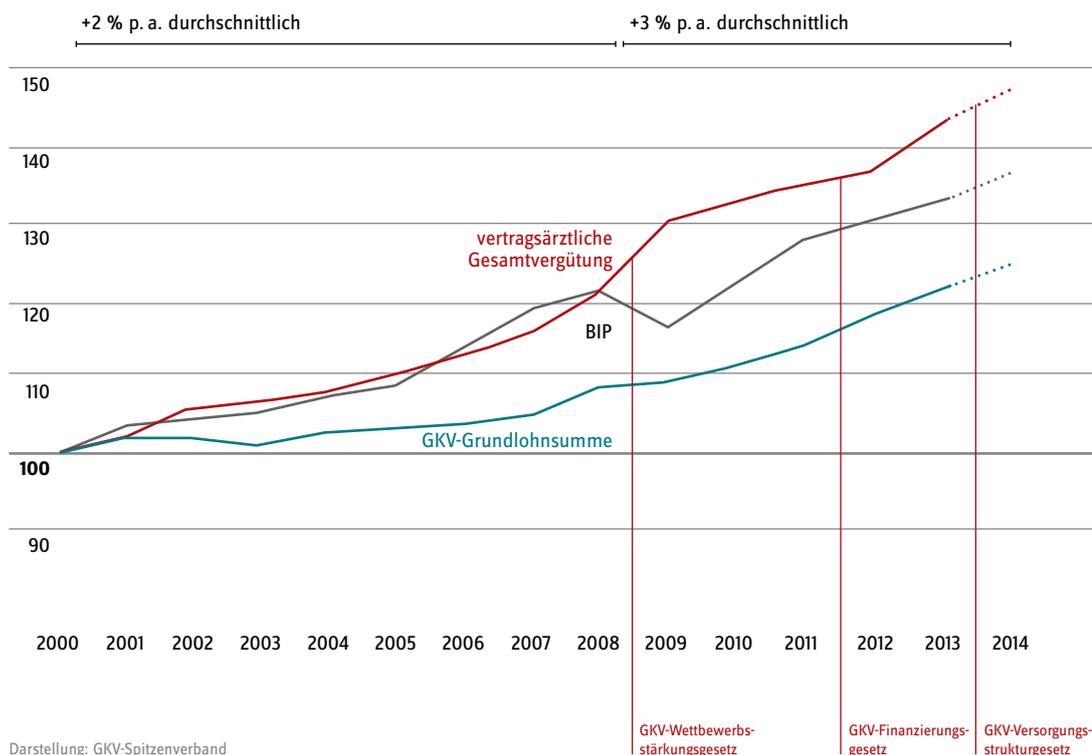


Gutachten zur Konvergenz der Vergütungen

Der GKV-Spitzenverband beauftragte im Frühjahr 2014 das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung mit einem Gutachten. Dabei sollte der Frage nachgegangen werden, ob die Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen zum Ausgleich von regionalen Vergütungsunterschieden sachgerecht ist. Nach Ansicht der Gutachter orientiert sich das bestehende Vergütungssystem daran, dass grundsätzlich nur Leistungen vergütet werden, die „medizinisch notwendig sind und die von dem regionalen ambulanten Versorgungssystem erbracht werden (können)“. Bei einer Konvergenz, die die regionale Vergütung an bundesweiten Durchschnittswerten orientieren will, würden hingegen weder die tatsächliche regionale Inanspruchnahme noch unterschiedliche Angebotsstrukturen berücksichtigt. Somit sei „auch nicht zu erwarten, dass durch eine Anpassung der Vergütungen ohne vorrangige Schaffung der geeigneten Strukturen eine Verbesserung der Versorgung erzielt werden“ könne. Dieser Argumentation ist mittlerweile auch das Bundessozialgericht gefolgt.

Abb. 10
 Vergleich der Entwicklung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung,
 des BIP (preisunbereinigt) und der GKV-Grundlohnsumme

Angaben 2000 = Index 100; einschl. Selektivvertrageinnahmen; Schätzung Gesamtvergütung 2014; Destatis und Herbstgutachten 2014 Wirtschaftsforschungsinstitute; geometrisches Mittel in % (2000-2007 und 2008-2014)



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Hebammenhilfe: Geburten sicher begleiten

Seit 2009 verhandelt der GKV-Spitzenverband mit den Hebammenverbänden über die Inhalte des Vertrages zur Versorgung mit Hebammenhilfe. Dabei konnten konkrete Leistungsbeschreibungen, Qualitätsanforderungen und deren Nachweise bisher nicht vereinbart werden. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband wiederholt den Gesetzgeber aufgefordert, dieses gesetzlich vorzuschreiben. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz im Sommer 2014 hat der Gesetzgeber die Vertragspartner verpflichtet, konkrete Mindest-Qualitätsanforderungen zu vereinbaren.

Mindestmengenregelung erforderlich

Zur Qualitätssicherung in der Geburtshilfe fordert der GKV-Spitzenverband eine Festlegung, wie viele Geburten freiberuflich tätige Hebammen mindestens jährlich betreuen sollen. Nur so kann gewährleistet werden, dass freiberufliche Hebammen das Spektrum der geburtshilflichen Versor-

gung und möglicher Komplikationen während der Geburt kennen und die richtigen Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt fällen können. Es ist zu vermeiden, dass immer mehr Hebammen immer weniger Geburten durchführen, weil dadurch die Qualität der Versorgung zu sinken droht. Die Einführung von Sicherstellungszuschlägen für Haftpflichtkostensteigerungen von Hebammen mit nur wenigen Geburten pro Jahr und der vom Gesetzgeber angedachte Regressverzicht fördern eben diese Fehlentwicklung: Für immer mehr Hebammen lohnt es sich künftig, eine geringere Anzahl von Geburten (ein bis zwei pro Jahr) zu betreuen.

Ausschlusskriterien für Hausgeburten unverzichtbar

Hebammen dürfen dem Hebammengesetz zufolge „normale“ Geburten zu Hause bei der Versicherten alleine betreuen. Eine Definition hierzu nach evidenzbasierten Kriterien existiert jedoch nicht. Das bedeutet, dass die Hebamme vor der Geburt entscheidet, ob die Frau „gesund genug“ für eine Haus-Entbindung ist. Dies verhält sich im hebammengeleiteten Kreißaal anders. Auch in Geburtshäusern sind Ausschlusskriterien vorhanden: Hier haben die Vertragspartner bereits im Vertrag klare Vorgaben definiert, wann eine Geburtsbetreuung im Geburtshaus möglich ist und wann dort ein Ausschluss für von Hebammen geleitete Geburten vorliegt.

Zur Qualitätsicherung in der Geburtshilfe muss eine freiberuflich tätige Hebamme eine Mindestanzahl an Geburten jährlich betreuen.

Abb. 11
Wichtige Fakten zur Hebammen- und Geburtshilfe 2014

		Tendenz in den letzten 5 Jahren
Anzahl freiberuflich tätiger Hebammen	17.869	▲
Anzahl der Geburtshäuser	133	▶
Anzahl der Geburten*	682.069	▼
Kosten für ambulante Entbindungen in Klinik in Euro	ab 920	▶
Kosten für Hausgeburten in Euro	ab 1.188	▲
Kosten für Entbindungen im Geburtshaus in Euro	ab 1.670	▲

*Zahl von 2013, aktuellere Zahlen lagen zum Redaktionsschluss noch nicht vor.
Quelle: Amtliche Statistik, GKV-Spitzenverband; Darstellung: GKV-Spitzenverband

Einheitliche Fortbildungen bundesweit notwendig

Schon seit Jahrzehnten gelten für freiberufliche Hebammen landesspezifische Vorschriften über die Berufsordnungen der jeweiligen Bundesländer. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ist es dringend erforderlich, dass Hebammen deutschlandweit insbesondere die gleiche Anzahl von Fortbildungsstunden zum Notfall- und Risikomanagement während der Geburt absolvieren müssen (z. B. Fortbildung zur Reanimation des Säuglings). Die Gesundheit und Sicherheit von Neugeborenen und Müttern in Notfällen muss unabhängig vom Ort sichergestellt sein.



Der jesuitische Universalgelehrte **Athanasius Kircher** gelangte mit modernster Technik und einer vermutlich falsch gedeuteten Beobachtung zu einem bahnbrechenden Durchbruch: Er nutzte bereits 1646 ein Mikroskop, um das Blut Pestkranker zu untersuchen, beobachtete „kleine Würmer“ und folgerte als Erster, dass die Pest durch Mikroorganismen verursacht werde. Dieser Schluss stimmte ebenso wie seine Hygieneratschläge, obwohl er vermutlich nur Blutzellen und nicht das tatsächliche Bakterium *Yersinia pestis* beobachten konnte.

Neue gesetzliche Weichenstellung für den Arzneimittelmarkt

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 18. Legislaturperiode ist vereinbart, den Bestandsmarktaufruf für bereits eingeführte, aber noch nicht nutzenbewertete Arzneimittel zu beenden. Das ursprünglich erwartete Einsparvolumen soll durch die Fortführung des Preismoratoriums und eine Anhebung des Herstellerabschlags erreicht werden.

Mit dem Dreizehnten Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (13. SGB V-Änderungsgesetz) hat der Gesetzgeber zunächst die unterbrechungsfreie Fortsetzung des Preismoratoriums für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 2014 sichergestellt. Im Vierzehnten Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz) wurde anschließend die Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel bis zum 31. Dezember 2017 geregelt. Zugleich wurde zum 1. April 2014 der Herstellerabschlag für die zulasten der Krankenkassen abgegebenen verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel (mit Ausnahme patentfreier wirkstoffgleicher Arzneimittel) von 6 auf 7 Prozent erhöht. Die Anhebung des Herstellerabschlags um einen Prozentpunkt entlastet die gesetzliche Krankenversicherung um deutlich mehr als 100 Mio. Euro. Die Einsparungen erreichen jedoch nicht das Potenzial der Nutzenbewertung im Bestandsmarkt, das mit der Anhebung des Herstellerabschlags kompensiert werden soll.

Legt man den bis zum 31. Dezember 2013 geltenden Herstellerabschlag von 16 Prozent zugrunde, bedeutet der um neun Prozentpunkte geringere Herstellerabschlag für das Jahr 2014 eine finanzielle Mehrbelastung der Beitragszahler von bis zu 1 Mrd. Euro.

Abschaffung der Nutzenbewertung im Bestandsmarkt

Mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz wurde rückwirkend zum 1. Januar 2014 die Möglichkeit aufgehoben, auch für Bestandsmarktarzneimittel eine Nutzenbewertung vorzunehmen. Unter Berücksichtigung dieser Stichtagsregelung konnten

somit einzig die Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen aus der Gruppe der Gliptine noch einer Nutzenbewertung unterzogen werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedeutet dies einen Rückschritt für Patienten und Beitragszahler. Der Bestandsmarkt ist von großer wirtschaftlicher und versorgungspolitischer Bedeutung. Damit verbunden sind auch Multiplikatoreffekte im AMNOG-Verfahren selbst. Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung stellen Bestandsmarktarzneimittel in der Regel die zweckmäßige Vergleichstherapie dar. Sie sind damit entscheidend für die Zusatznutzenbewertung und somit letztlich auch für die Bildung der Erstattungsbeträge der neuen Arzneimittel. Darüber hinaus können sie im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen auch das Kriterium vergleichbarer Arzneimittel erfüllen und somit eine ungerechtfertigt preiserhöhende Wirkung haben.

Es sollte daher mindestens sichergestellt werden, dass zukünftig die Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets dieser Arzneimittel ein Kriterium für eine Nutzenbewertung wird. Für patentgeschützte Arzneimittel des Bestandsmarkts, für die keine Möglichkeit von Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlungen mehr besteht, sollte hingegen eine Anhebung des Herstellerabschlags sowie der Fortbestand des Ende 2017 auslaufenden Preismoratoriums für Bestandsmarktarzneimittel vorgesehen werden.

Beteiligung der Krankenkassen an den Erstattungsbetragsverhandlungen

Mit der Umsetzung des 14. SGB V-Änderungsgesetzes zum 1. April 2014 sieht der Gesetzgeber vor, dass nunmehr jeweils ein Vertreter einer Krankenkasse an den Verhandlungen über die Erstattungsbeträge teilnehmen soll. Der GKV-Spitzenverband hat im Laufe des zweiten Quartals 2014 ein Konzept zur Umsetzung der Beteiligung der Krankenkassen an den Verhandlungen entwickelt und die dafür erforderlichen Satzungsregelungen entworfen. Dem notwendigen Anpassungsbedarf, der seitens der Rechtsaufsicht bezüglich der Aus-

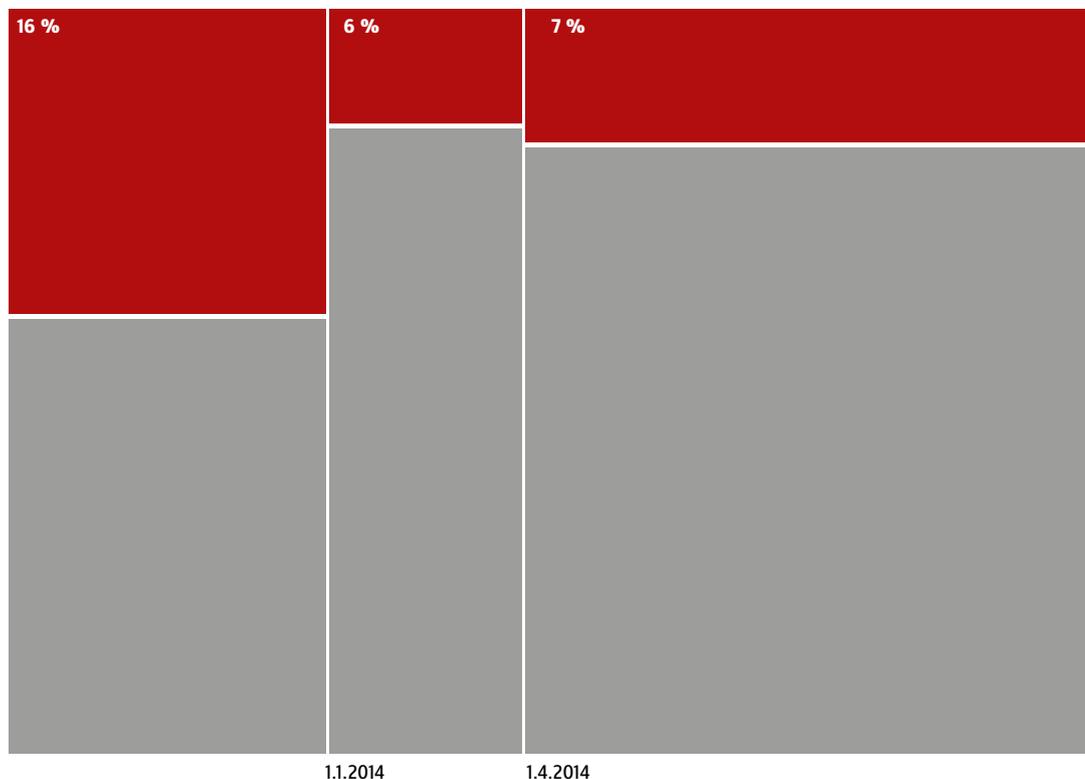
gestaltung der Satzungsinhalte angemerkt wurde, kam der GKV-Spitzenverband unverzüglich nach. Die Satzungsänderung wurde in der Sitzung des Verwaltungsrats im September 2014 verabschiedet und vom Bundesministerium für Gesundheit noch im gleichen Monat genehmigt.

Zum Inkrafttreten der Satzungsänderung im Oktober 2014 hat der GKV-Spitzenverband die Bereitschaft seiner Mitgliedskassen abgefragt, an

den Erstattungsbeitragsverhandlungen teilzunehmen. Satzungsgemäß bildet das Antwortergebnis zu dieser Befragung die Grundlage für die Zuordnung der Verhandlungsverfahren. Seit Beginn des Jahres 2015 finden die Erstattungsbeitragsverhandlungen unter Beteiligung von Krankenkassenvertretern statt.

Die Möglichkeit, auch für patentgeschützte Arzneimittel des Bestandsmarktes eine Nutzenbewertung vorzunehmen, wurde aufgehoben. Dies bedeutet einen Rückschritt für Patienten und Beitragszahler.

Abb. 12
 Herstellerabschläge nach § 130a Absatz 1 und Absatz 1a SGB V für Arzneimittel, für die kein Festbetrag festgesetzt ist*



*Abweichend gilt ab dem 01.04.2014 für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel ein Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 SGB V in Höhe von 6 % an Stelle von 7 %

Bilanz zur AMNOG-Umsetzung

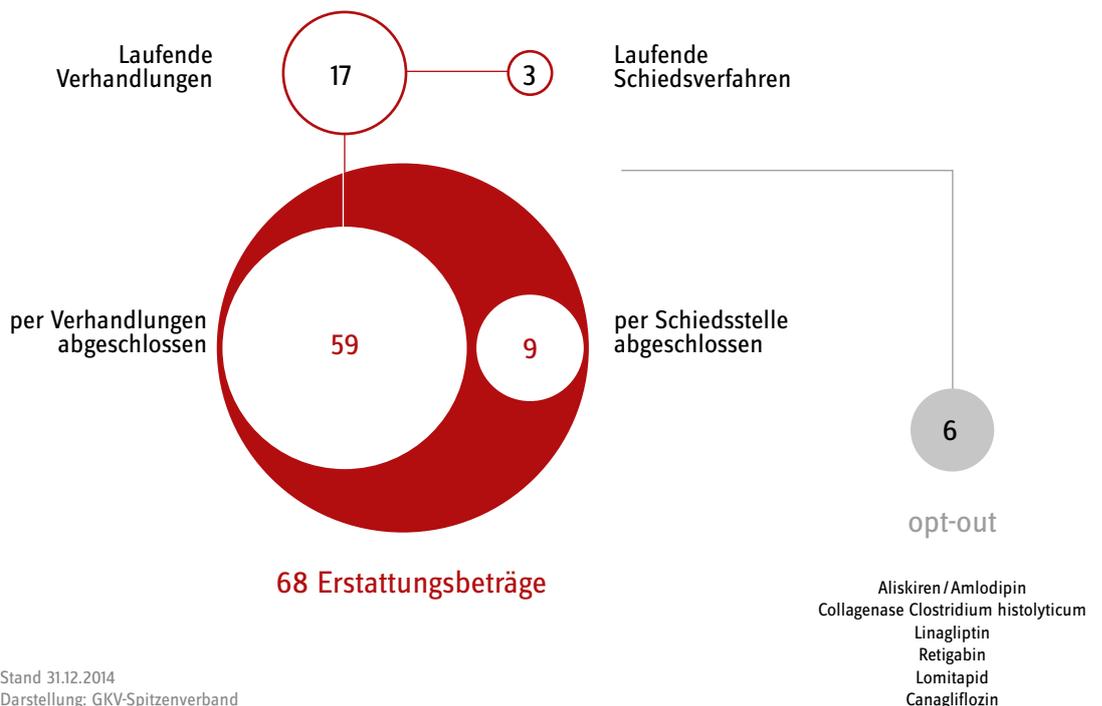
Der Erstattungsbetrag stellt nunmehr die Bezugsgröße für die Berechnung der Handelszuschläge dar und löst den vormaligen Listenpreis des pharmazeutischen Unternehmers ab.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat seit Beginn 2011 148 Verfahren zu Arzneimitteln aus dem Neu- und Bestandsmarkt zur frühen Nutzenbewertung initiiert und rund 350 Beratungsverfahren durchgeführt. Zehn Arzneimittel wurden vom G-BA von der Nutzenbewertung freigestellt. Zu insgesamt 68 Wirkstoffen wurden Erstattungsbeträge vereinbart. Davon sind 59 durch Einigung der Vertragsparteien und neun Verfahren mit einem Spruch der Schiedsstelle abgeschlossen worden. Fünf Arzneimittel wurden bislang direkt in bestehende Festbetragsgruppen eingeordnet. Ende 2014 liefen 17 Erstattungsbetragsverhandlungen sowie drei Schiedsverfahren. Bei acht laufenden Erstattungsbetragsverhandlungen handelt es sich um Neuverhandlungen, d. h. Verhandlungen, die z. B. aufgrund neuer G-BA-Beschlüsse in Verbindung mit neuen Anwendungsgebieten oder einer Kündigung bestehender Erstattungsbetragsvereinbarungen notwendig geworden sind.

Technische Umsetzung und Abrechnung des Erstattungsbetrags

Mit der Umsetzung des 14. SGB V-Änderungsgesetzes zum 1. April 2014 wurde klargestellt, dass der Erstattungsbetrag nunmehr die Bezugsgröße für die Berechnung der Handelszuschläge darstellt und somit den vormaligen Listenpreis des pharmazeutischen Unternehmers ablöst. Die unterschiedlichen Rechtsauffassungen zum Erstattungsbetrag und die weitreichenden Verwerfungen bei deren praktischer Umsetzung im Rahmen der konkreten Abrechnung konnten damit weitgehend beigelegt werden. Die Klarstellung hat zu einer überwiegend regelkonformen Meldung der Erstattungsbeträge an die Informationsstelle für Arzneispezialitäten geführt und den Abrechnungsprozess vereinfacht. Ebenfalls klargestellt wurde mit dem Gesetz, dass der Erstattungsbetrag für alle Arzneimittel mit dem gleichem Wirkstoff gilt, also u. a. auch für importierte Arzneimittel. Die Umsetzung dieser Neuregelung durch die Importeure wird laufend geprüft.

Abb. 13
Anzahl Fertigarzneimittel mit aktuell gültigen Erstattungsbeträgen und laufender Verfahren



Stand 31.12.2014
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Arzneimittelpositionen des GKV-Spitzenverbandes

Das deutsche Gesundheitswesen sichert den Patienten eine Arzneimittelversorgung auf einem hohen Qualitätsniveau und garantiert, dass neue Arzneimittel unmittelbar nach ihrer Markteinführung zur Verfügung stehen. Dennoch besteht weiterhin Bedarf, die Qualität der Arzneimittelversorgung zu steigern. Im Dezember 2014 beschloss der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes deshalb ein Positionspapier, in dem zehn Handlungsfelder für Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung identifiziert werden.

1. Patientenorientierte Arzneimittelpolitik vorantreiben

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes müssen Arzneimittelinnovationen mit einem für die betroffenen Patienten nachgewiesenen Zusatznutzen auch in Zukunft schnellstmöglich zur Verfügung stehen. Der geringe Eigenanteil der Versicherten an den Arzneimittelausgaben ist im internationalen Vergleich herausragend. Die angemessene und bezahlbare Selbstbeteiligung der Patienten muss auch weiterhin Ziel einer patientengerechten und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung sein.

2. Qualität der Arzneimittelversorgung verbessern

Angesichts der wachsenden Herausforderungen durch Multimorbidität und Polymedikation sieht der GKV-Spitzenverband Handlungsbedarf beim Datenaustausch zwischen Leistungserbringern mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Diese wird dazu beitragen, Unverträglichkeiten aufgrund von Wechselwirkungen oder Fehlanwendungen zu vermeiden. Mit Blick auf diesen konkreten Nutzen für den Patienten müssen die Einführung der eGK und der Telematikinfrastruktur konsequent vorangetrieben werden.

3. Unabhängige Informationen über Arzneimittel sicherstellen

Umfassende und unabhängige Informationen über Arzneimittel sowie auch die Aktualität dieser Informationen sind wichtig, um die richtigen Behandlungsentscheidungen zu treffen und die Adhärenz der Patienten zu erhöhen.

Aus Patientensicht besteht darüber hinaus auch Verbesserungsbedarf bei der Bereitstellung von Informationen über die Diagnostik und Therapie von Krankheiten.

4. Frühe Nutzenbewertung und Erstattungsbeträge - Erfolg fortschreiben

Die Einführung der frühen Nutzenbewertung und die Verhandlung von Erstattungsbeträgen für neue patentgeschützte Arzneimittel werden als ein großer Schritt zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung begrüßt. Echte Innovationen können nunmehr von Scheininnovationen abgegrenzt werden. Durch die zwölfmonatige Preisfreiheit für neue Arzneimittel besteht allerdings der Fehlanreiz, Gewinne unabhängig vom patientenrelevanten Zusatznutzen zu steigern. Vor diesem Hintergrund ist eine Rückwirkung des ausgehandelten Erstattungsbetrages ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens erforderlich. Zudem liegt es weiterhin im Interesse der Patienten und Beitragszahler, den Nutzen auch von Arzneimitteln des Bestandsmarktes zu prüfen und damit eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung umfassend sicherzustellen.

5. Festbeträge - Garant für wirtschaftliche Arzneimittelversorgung

Zur Erschließung von Effizienzreserven sind die bewährten Arzneimittel-Festbeträge weiterhin unverzichtbar. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln dauerhaft finanzierbar bleibt. Der GKV-Spitzenverband tritt deshalb nachhaltig für die Beibehaltung der etablierten Arzneimittel-Festbeträge ein. Dabei ergänzen sich Festbeträge und Erstattungsbeträge im Sinne einer zukunfts-festen wirtschaftlichen und qualitätsorientierten Versorgung.

6. Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung fördern

Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen sind ein bewährtes Steuerungsinstrument zur Erschließung von Effizienzreserven. Sie tragen dazu bei, die

Arzneimittelversorgung dauerhaft wirtschaftlich zu gestalten. Selektivvertragliche Vereinbarungen mit der Möglichkeit, Qualität der Arzneimittelversorgung, Preis und Mengen zu verbessern, sind zu fördern.

7. Arzneimittelversorgung bezahlbar halten

Einen wesentlichen Beitrag, um die Arzneimittelversorgung für Versicherte und Patienten bezahlbar zu halten, leistet der Herstellerabschlag in Verbindung mit dem Preismoratorium. Im Bereich der neuen patentgeschützten Arzneimittel konnten die vom Gesetzgeber angestrebten finanziellen Entlastungen noch nicht erreicht werden. Der GKV-Spitzenverband ist nach wie vor der Auffassung, dass aus Patientensicht eine Nutzenbewertung von Bestandsmarktarzneimitteln mit anschließenden Erstattungsbeitragsverhandlungen notwendig ist. Hilfsweise ist für patentgeschützte Bestandsmarktarzneimittel, für die keine Möglichkeit von Nutzenbewertung und Erstattungsbeitragsverhandlungen mehr besteht, eine Anhebung

des Herstellerabschlags sowie der Fortbestand des Ende 2017 auslaufenden Preismoratoriums für Bestandsmarktarzneimittel erforderlich.

8. Transparenz über Arzneimittelpreise schaffen

Für die Arbeit der Krankenkassen ist Transparenz über Arzneimittelpreise wichtig. Diese ist insbesondere bei den Erstattungsbeträgen zu verbessern. Hier ist die Einführung eines EU-weiten Meldesystems notwendig, um in Referenzpreise Einsicht nehmen zu können. Ein solches Meldesystem stellt die Erstattungsbeitragsverhandlungen auf eine breitere Informationsgrundlage.

9. Apothekenmarkt zukunftsfähig gestalten

Von einem Wettbewerb um eine gute gesundheitliche Versorgung der Patienten ist die deutsche Apothekenlandschaft nach wie vor weitestgehend ausgenommen. Eine Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots ist weiterhin dringend geboten. Die Vertriebsstruktur für Arzneimittel ist so weiterzuentwickeln, dass eine adäquate pharmazeutische Versorgung der Patienten auch in Regionen mit einer geringeren Bevölkerungsdichte sichergestellt bleibt. Zudem muss die Vergütungssystematik konsistent und auf Basis repräsentativer Daten weiterentwickelt werden. Dabei sind aus Patientensicht auch richtige Anreize hinsichtlich einer qualitätsorientierten Arzneimittelabgabe zu setzen.

10. Überregulierung abbauen

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt existiert eine Reihe von Regulierungsinstrumenten auf verschiedenen Steuerungsebenen. Hier bedarf es einer Entflechtung der gesetzlichen Regelungen mit widerspruchsfreien, nachvollziehbaren Regeln.

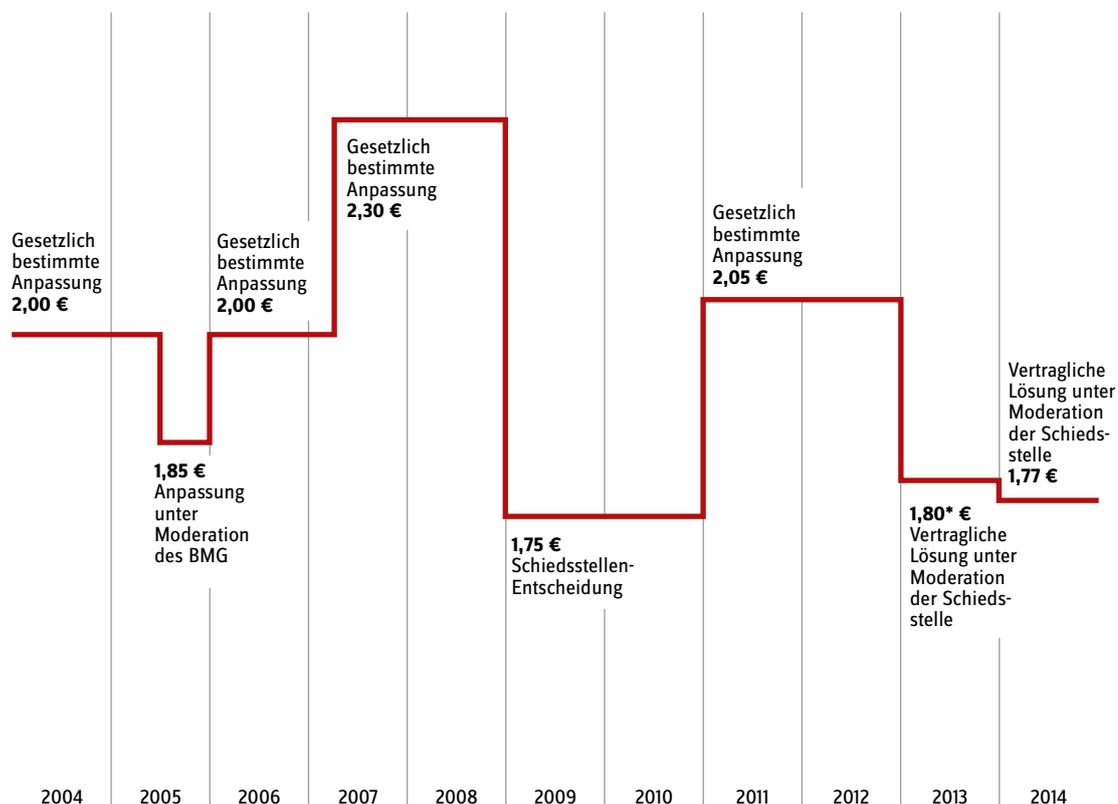


Einigung beim Apothekenabschluss

Das wesentliche Element der Apothekenvergütung in Deutschland ist der Festzuschlag für die Abgabe verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel. Dieser Festzuschlag ist ein fester Eurobetrag pro Arzneimittelpackung, dessen Höhe in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelt ist. Eine Anpassung dieser Vergütungsform erfolgt durch das Bundesministerium für Wirtschaft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Bei der Festlegung muss nach dem Arzneimittelgesetz „den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher, der Tierärzte, der Apotheken und des Großhandels Rechnung“ getragen werden.

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch existiert parallel ein weiterer Anpassungsmechanismus für die Apothekenvergütung. Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen packungsbezogenen Abschlag. Dieser Apothekenabschlag ist seit dem Jahr 2013 jährlich der wirtschaftlichen Entwicklung der Apotheken anzupassen. Über die Anpassung verhandeln der GKV-Spitzenverband und der Deutsche Apothekerverband (DAV) als Bundesvertragspartner. In den für das Jahr 2013 geführten Verhandlungen konnten sich die Bundesvertragspartner zunächst nicht auf eine Abschlagshöhe verständigen. Neben Uneinigkeit über Ausgangspunkt

Abb. 14
Apothekenabschlag im Zeitverlauf



*Abgerechnet wurden im ersten Halbjahr 1,75 € und im zweiten Halbjahr 1,85 €. Darstellung: GKV-Spitzenverband

und Informationsgrundlagen zur Berechnung des Anpassungsbedarfs erschwerte die Parallelität der beiden Instrumente zur Anpassung der Vergütung eine Einigung.

Gemeinsame Initiative mit dem DAV

Eine Mediation durch die Schiedsstelle führte schließlich zu einer Einigung. Neben der Festlegung des Apothekenabschlags für die Jahre 2013 bis 2015 verständigten sich die Vertragspartner darauf, mit einer gemeinsamen Initiative zur Festschreibung des Apothekenabschlags an den Gesetzgeber heranzutreten. Der Abschlag soll ab dem Jahr 2016 auf einen Betrag in Höhe von

1,77 Euro (Wert des Jahres 2015) festgeschrieben werden. Anpassungen der Apothekenvergütung aufgrund von Änderungen apothekerlicher Leistungen und Kosten sollen dann zukünftig über die AMPPreisV berücksichtigt werden.

Im Frühjahr des Jahres 2014 fand die Abstimmung der gemeinsamen Vorschläge für einen Gesetzestext sowie einer Gesetzesbegründung statt. Eine Berücksichtigung sollte im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit einer entsprechenden Neuregelung des § 130 SGB V erfolgen.

DAV und GKV-Spitzenverband verständigten sich darauf, mit einer gemeinsamen Initiative zur Festschreibung des Apothekenabschlags an den Gesetzgeber heranzutreten.

25 Jahre Arzneimittel-Festbeträge: Das Erfolgsmodell geht weiter

Die 1989 eingeführten Festbeträge tragen maßgeblich dazu bei, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung mit Arzneimitteln dauerhaft finanzierbar bleibt. Die Einsparungen für die Krankenkassen durch dieses Instrument belaufen sich inzwischen auf 7,1 Mrd. Euro jährlich. Die von der Pharmaindustrie damals beschworenen dunklen Zukunftsaussichten für die deutsche Arzneimittelversorgung und für den medizinischen Fortschritt blieben dagegen aus.

Festbetragsanpassungen sichern eine hochwertige Versorgung

Der GKV-Spitzenverband hat aufgrund von Marktveränderungen 2014 die Festbeträge für insgesamt 59 Gruppen angepasst und zudem für elf Gruppen erstmals Festbeträge festgelegt. Die Höhe der Festbeträge ist gesetzlich bestimmt. Danach müssen mindestens 20 Prozent der Verordnungen und 20 Prozent der Arzneimittelpackungen einer Festbetragsgruppe ohne Aufzahlungen für die Versicherten zur Verfügung stehen.

Sofern pharmazeutische Unternehmer ihre Preise nicht auf den Festbetrag ausrichten, sind innerhalb einer Festbetragsgruppe jeweils andere Arzneimittel mit identischen Wirkstoffen, mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen oder mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ohne Aufzahlungen für die Versicherten verfügbar. Anderenfalls sind Aufzahlungen in Höhe der Differenz zwischen Apothekenverkaufspreis und Festbetrag von den Versicherten zu leisten.

Ergänzend zur Festbetragsregelung kann der GKV-Spitzenverband besonders preisgünstige Arzneimittel von der gesetzlichen Zuzahlung freistellen. Die gesetzliche Zuzahlung beträgt 10 Prozent des Abgabepreises eines Arzneimittels, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro. Damit eine hinreichende Versorgung von zuzahlungsfreien Arzneimitteln auch bei Festbetragsänderungen gewährleistet werden kann, wurden bei den diesjährigen Anpassungen für insgesamt zehn Gruppen die Festbeträge nicht ganz so stark gesenkt.

Neue Richtlinie „Festbetragsarzneimittel“

Versicherte haben der aktuellen Sozialrechtsprechung zufolge in besonderen, eng begrenzten Ausnahmekonstellationen bei Festbetragsarzneimitteln einen Anspruch auf Übernahme der Aufzahlung durch ihre Krankenkasse. Dies betrifft Arzneimittel, für die pharmazeutische Unternehmer höhere Preise als den jeweiligen Festbetrag verlangen. Der GKV-Spitzenverband hat 2014 erstmals eine Richtlinie „Festbetragsarzneimittel“ beschlossen, die zu dieser Fragestellung die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit deren Medizinischen Diensten regelt.

Die Einsparungen für die Krankenkassen durch Festbeträge belaufen sich auf 7,1 Mrd. Euro jährlich.

Abb. 15
Die Festbetragsregelung
zum 1. Januar 2015

Anzahl Festbetragsarzneimittel insgesamt	33.623	
Anzahl zuzahlungsfreigestellter Arzneimittel	3.664	
Anzahl Festbetragsgruppen insgesamt	433	
Anzahl Festbetragsgruppen mit zuzahlungsfreigestellten Arzneimitteln	144	
Anteil Verordnungen von Festbetragsarzneimitteln am GKV-Gesamtmarkt	79,6 %	
Anteil Umsatz für Festbetragsarzneimittel am GKV-Gesamtmarkt	40,5 %	
Jährliches Einsparvolumen	7,1 Mrd. €	

Quelle und Darstellung: GKV-Spitzenverband

Transparenz in der Arzneimittelversorgung: Die GKV-Arzneimittelschnellinformation

Die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) ist ein Verfahren, mit dem die Verordnungsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) transparent gemacht, Trendinformationen über Arzneimittelausgaben vermittelt und Daten für regionale Vergleichsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Seit mehr als zehn Jahren wird monatlich über die aktuelle Entwicklung der Arzneimittelverordnungen sowohl auf der Ebene des einzelnen niedergelassenen Arztes als auch auf Ebene der KVen berichtet. Das Projekt basiert auf Daten der Rezeptabrechnung, die monatlich dezentral von den Apothekenrechenzentren angenommen, in einem weiteren Schritt innerhalb der Kassensysteme aufbereitet und bei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengeführt werden.

Modernisierung der GAmSi-Berichte

Im Fokus der adressatenspezifisch aufbereiteten Informationen liegen dabei Qualität und

Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Mögliche Fehlentwicklungen können auf regionaler Ebene frühzeitig erkannt und Maßnahmen zur Gegensteuerung eingeleitet werden. Vor dem Hintergrund des sich wandelnden Verordnungsgeschehens und der damit einhergehenden Veränderung der fachlichen Anforderungen an GAmSi wurde im Jahr 2013 vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Krankenkassen und deren Verbänden ein Projekt zur Modernisierung des GAmSi-Verfahrens begonnen. Neben einer Anpassung der datenlogistischen Standards sowie der Berichtsinhalte und Präsentationsformate besteht eine weitere Maßnahme in der Einrichtung eines neuen Berichtszweiges, der zukünftig in den teilnehmenden KVen über regionale Arzneimittel-Zielvereinbarungen informieren soll. So wird das GAmSi-Berichtswesen weiterhin nachhaltig zur Transparenz in der Arzneimittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Abb. 16
GAmSi-Datenfluss



Lieferung der Arzneiverordnungsdaten
nach § 300 SGB V

Berichterstellung
nach § 84 Abs. 5 SGB V



Noch Ende des 18. Jahrhunderts begriff man psychische Störungen als Beeinträchtigungen des Verstandes. Betroffene wurden wie Kriminelle in Internierungsanstalten weggesperrt. **Phillipe Pinel**, ab 1792 Leiter zweier solcher Anstalten, erstellte erstmals genaue klinische Beschreibungen verschiedener psychischer Erkrankungen und ermöglichte so, das Gebiet der Psychiatrie in die Medizin zu integrieren und Erkrankte als Patienten zu behandeln.

Anamnese

Name _____ Geschlecht _____ Geburtsdatum _____

Kontaktaufnahme _____

Akute Beschwerden und Symptome _____

Vorerkrankungen, bisherige Behandlungen _____

Erwartungen _____

Bürokratiearme Ausgestaltung unter größtmöglicher Beteiligung der Krankenkassen

Der GKV-Spitzenverband hat ein stimmiges und für die gesetzlichen Krankenkassen tragfähiges Konzept erarbeitet. Inhaltliche Leitplanken waren dabei zwei Maßgaben:

- Die Projektförderung soll sowohl bei der Bewilligung als auch bei der Umsetzung durch Selektivverträge in engster Abstimmung mit Krankenkassen begleitet werden. Die Krankenkassen verfügen über ein Höchstmaß an Erfahrung bei der Gestaltung von Versorgungsverträgen. Es sind darüber hinaus die Beitragszahler, die den Innovationsfonds finanzieren.
- Der Aufbau zusätzlicher Bürokratie soll weitestgehend vermieden werden.

Gesetzgebung kritisch begleiten

Der im Dezember 2014 beschlossene Kabinettsentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz griff in vielen Punkten die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes für einen Innovationsfonds auf. Sowohl die im Entwurf vorgesehene strukturelle Konstruktion des Innovationsfonds als auch das Konzept zur Finanzierung der Versorgungsprojekte sind jedoch systemfremd und stellen einen Paradigmenwechsel dar. Deutlich wird dies insbesondere an der Besetzung des geplanten und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelten Innovationsausschusses, der über die Vergabe der Fördermittel entscheiden soll. Ihm

sollen künftig neben Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch

der unparteiische Vorsitzende des G-BA sowie Krankenhaus- und Ärztevertreter ebenso stimmberechtigt angehören wie Vertreter des Gesundheits- und Forschungsministeriums. Damit wird nicht nur die GKV überstimmt, die Einbindung von Ministeriumsvertretern bedeutet auch einen massiven Eingriff in das Selbstverwaltungsprinzip. Darüber hinaus schafft die Errichtung und Verwaltung der Fondsmittel als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt einen gefährlichen Präzedenzfall, bei dem Dritte einen direkten und gesetzlich legitimierten Zugriff auf Beitragsgelder der GKV erhalten und in den Wettbewerb der Krankenkassen eingreifen.

Die Konstruktion des Innovationsfonds und das Konzept zur Finanzierung sind systemfremd und stellen einen Paradigmenwechsel dar.

Es ist die Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes, im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens intensiv auf dieses eklatante Ungleichgewicht mit weitreichenden Auswirkungen für die grundlegende Systematik und sinnvolle Aufgabenteilung im deutschen Gesundheitswesen hinzuweisen.



Florence Nightingale ist als die aufopferungsvolle Krankenschwester aus dem Krimkrieg bekannt. Tatsächlich war sie aber vor allem die Pionierin der Pflegewissenschaften, die (mit fundierter mathematischer Ausbildung) detaillierte Statistiken zu Pflegesituationen erstellte und auswertete, international Best Practise zu Prävention, Pflege und Rehabilitation zusammentrug und schließlich ab 1860 die ersten wissenschaftlich ausgerichteten Schulen für professionelles Pflegepersonal gründete.



Präventionsgesetzgebung startet

Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sind elementare Bausteine, um Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität aller Bürger wirksam zu erhalten und zu verbessern. Der Gesetzgeber hat bereits frühzeitig in dieser Legislaturperiode die Weichen für ein Präventionsgesetz gestellt, mit dem Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und nachhaltig auszurichten.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die grundsätzlichen Zielsetzungen des Gesetzesvorhabens, insbesondere den beabsichtigten Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und die Stärkung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Zuständigen und Verantwortlichen. Die vorgesehene Regelung einer trägerübergreifenden Präventionskonferenz und -strategie der Sozialversicherungsträger mit Gebietskörperschaften und Sozialpartnern hat das Potenzial für eine deutliche Steigerung von Zielorientierung, Kooperation, Qualität, Transparenz und Breitenwirkung der Prävention in Deutschland. Die Umsetzung der in der Konferenz abgestimmten Vereinbarungen in den Ländern unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe ist ebenfalls positiv zu werten.

Trotz der insgesamt stimmigen Grundausrichtung des Entwurfs enthält er eine Reihe kritischer

Regelungen, die bspw. die Selbstverwaltungskompetenzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unnötig einschränken oder eine Schieflage bei der Verteilung der finanziellen Lasten erzeugen. Insbesondere spiegelt sich der notwendige gesamtgesellschaftliche Ansatz in den Regelungen zur Finanzierung nicht in hinreichendem Maße wider. Der GKV-Spitzenverband wird deshalb im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens auf notwendige Änderungen hinwirken, um die Neuausrichtung der Prävention auf eine breite und möglichst stabile Basis zu stellen.

GKV seit Jahren wichtigster Präventionsakteur

Statt auf ein Präventionsgesetz zu warten, sind die Krankenkassen seit Jahren selbst aktiv. Sie bieten ihren Versicherten qualitativ hochwertige Präventionsmaßnahmen an und kooperieren mit wichtigen Partnern:

- Betriebliche Gesundheitsförderung: Sozialversicherungsträger, insbesondere gesetzliche Unfallversicherung
- Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung: Schul- und Kitaträger, Wohlfahrtsverbände, Kommunen u. a.
- Individuelle Verhaltensprävention: Sportvereine, freiberufliche und gewerbliche Anbieter



Kritisch zu bewertende Regelungen im neuen Präventionsgesetz

- Durch fehlende Verbindlichkeit bei der Einbindung der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung der Prävention droht eine Fortsetzung der bisherigen finanziellen Schieflage, wonach gesetzlich Versicherte und ihre Arbeitgeber die Präventionsleistungen für privat Versicherte in den Lebenswelten mitfinanzieren.
- In der betrieblichen Gesundheitsförderung sind keine neuen bürokratischen Strukturen wie die geplanten Koordinierungsstellen in den Ländern erforderlich. Die Krankenkassen können selbst die Voraussetzungen schaffen, damit insbesondere mehr kleine und mittlere Betriebe und ihre Beschäftigten von Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung profitieren.
- Ordnungspolitisch nicht akzeptabel ist die Finanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als oberste Bundesbehörde durch Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber.

Abb. 18
Aufwendungen der GKV im Bereich Prävention



Quelle: Präventionsbericht 2014, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Während der Ausgabenanteil der öffentlichen Hand an der Finanzierung der Prävention in den letzten 20 Jahren deutlich gesunken ist, stieg er bei der GKV stark an. Der jährliche Präventionsbericht macht das Leistungsgeschehen der GKV in diesem Bereich transparent und beleuchtet jeweils ein wichtiges Schwerpunktthema aus Prävention und Gesundheitsförderung – aktuell das Thema Kooperationen der Krankenkassen und ihrer Verbände mit weiteren Partnern sowie untereinander.

Erfolgsfaktoren für Prävention und Gesundheitsförderung

Der GKV-Spitzenverband definiert mit seinem Leitfaden Prävention verbindliche Qualitätsanforderungen für Maßnahmen der Prävention und

Gesundheitsförderung. Mit dem neuen Leitfaden werden sowohl der aktuelle Stand der Wissenschaft abgebildet als auch Praxiserfahrungen in die Weiterentwicklung unter neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen eingebracht. Die auf epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlicher Basis entwickelten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele der GKV tragen dazu bei, die Leistungen auf besonders prioritäre Bereiche zu fokussieren. Die seit 1997 bestehende Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung sowie die neueren Kooperationsempfehlungen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Spitzenverbänden können als Modell für die mit dem Präventionsgesetz angestrebte verstärkte trägerübergreifende Zusammenarbeit dienen.



Linda Richards gehörte 1872 zum ersten professionell ausgebildeten Schwesternjahrgang in den USA. Ein Jahr später war sie bereits Leiterin der Nachtwache im Bellevue Hospital Center in New York, wo sie erstmals das Konzept einer organisierten Verwaltung und Aufbewahrung von Patientenakten einführte. Sie etablierte 1885 die ersten Pflegerinnenausbildungen in Japan.



Bundesteilhabegesetz in Vorbereitung

Die Bundesregierung beabsichtigt, noch in dieser Legislaturperiode die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zu reformieren. Nach dem Koalitionsvertrag soll unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen ein Bundesteilhabegesetz erarbeitet und die Einführung eines Bundesteilhabegeldes geprüft werden.

Ziel ist es, Menschen mit wesentlichen Behinderungen aus dem sogenannten Fürsorgesystem herauszuführen, ihre Lebenssituation zu verbessern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterzuentwickeln, das sich an den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention orientiert. Die Leistungen sollen am persönlichen Bedarf ausgerichtet sein und in einem bundeseinheitlichen Verfahren personenbezogen ermittelt werden. Zugleich sollen die Kommunen über das Bundesteilhabegesetz in Höhe von 5 Mrd. Euro bei der Eingliederungshilfe entlastet werden.

Für Menschen mit Behinderungen sind vielfach mehrere Sicherungssysteme relevant, u. a. die Kranken- und Pflegeversicherung. Daher hat der GKV-Spitzenverband zur Reform der Eingliederungshilfe Position bezogen und diese im Juli 2014 in die politische Diskussion eingebracht.

Beteiligung bei der Erarbeitung des Bundesteilhabegesetzes

Zur Vorbereitung des Bundesteilhabegesetzes, das 2016 verabschiedet werden soll, wurde im Juli 2014 unter Leitung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ein umfassendes Beteiligungsverfahren eingeleitet. Eine Arbeitsgruppe soll bis Anfang 2015 Reformthemen und Ziele identifizieren, mögliche Kompromisslinien abklären und für einzelne Reformpositionen eine verbindliche Einschätzung vornehmen. Mit der Beteiligung von Vertretern verschiedener gesellschaftlicher Gruppen, von Bund, Ländern und Kommunen sowie der Sozialversicherungsträger und Sozialpartner soll die Reform in einem möglichst großen gesellschaftlichen Konsens umgesetzt werden.

Das laufende Konsultationsverfahren wie auch das kommende Gesetzgebungsverfahren wird der GKV-Spitzenverband nutzen, um die Voraussetzungen für eine bessere Lebenssituation der betroffenen Menschen zu erreichen. Verschiebepflichten zugunsten der Beitragszahler der Krankenkassen müssen dabei verhindert werden.



Kernpositionen des GKV-Spitzenverbandes zur Reform der Eingliederungshilfe

- Bei der Reform müssen die Menschen und nicht die Finanzinteressen der Länder im Vordergrund stehen.
- Fachleistungen der Eingliederungshilfe müssen einheitlich definiert werden.
- Es darf keine neuen Insellösungen mit neuen Strukturen geben, sondern vorhandene kooperative Strukturen müssen genutzt und ausgebaut werden.
- Personenzentrierung soll mehr Wahlmöglichkeiten schaffen - sie darf nicht zur Zerschlagung bewährter Angebotsstrukturen führen.
- Wechselwirkungen mit anderen Sozialleistungen müssen berücksichtigt werden, ohne dass andere Sozialleistungsträger finanziell belastet werden.

1848 entdeckte **Ignaz Semmelweis**, dass schon das simple Händewaschen des Klinikpersonals vor der Verbreitung des oft tödlich endenden Kindbettfiebers schützt. Weil viele Ärzte sich nicht als potenzielle Überträger von Krankheiten sehen wollten, setzten sich selbst diese minimalen Hygienestandards in Krankenhäusern erst ab 1867, zwei Jahre nach seinem Tod, durch.



Medizinprodukte hoher Risikoklassen in der Krankenhausversorgung

Innovative Medizintechnik ist wichtig für den medizinischen Fortschritt. Allerdings müssen aussagekräftige Studienergebnisse vorliegen, ehe Hochrisiko-Medizinprodukte flächendeckend in der Versorgung angewendet werden. Nur dann bleibt die Patientensicherheit nicht auf der Strecke, und Ärzte und Patienten können verlässlich einschätzen, welchen Nutzen die Produkte haben.

Klinische Studien für Hochrisiko-Medizinprodukte

Der GKV-Spitzenverband fordert seit Jahren, dass für Hochrisiko-Medizinprodukte, deren Wirkmechanismus neuartig ist, frühzeitig Studien durchgeführt werden. Leider sieht die Realität aber oft anders aus: Viele dieser Produkte werden unzureichend untersucht, bevor sie in Verkehr gebracht werden. Sie kommen dann in größerem Umfang zur Anwendung, ohne dass man etwas über ihre langfristige Wirkungsweise oder ihr Schadenspotenzial weiß. Oft stellt sich erst im Nachhinein heraus, welche Patienten von der Behandlung profitieren – und welche aufgrund der Risiken besser nicht mit der vermeintlich nützlichen Innovation behandelt worden wären.

Neu in die Versorgung eingeführte innovative Medizinprodukte hoher Risikoklassen sollen frühzeitig identifiziert und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zügig und systematisch bewertet werden.

Lösungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes

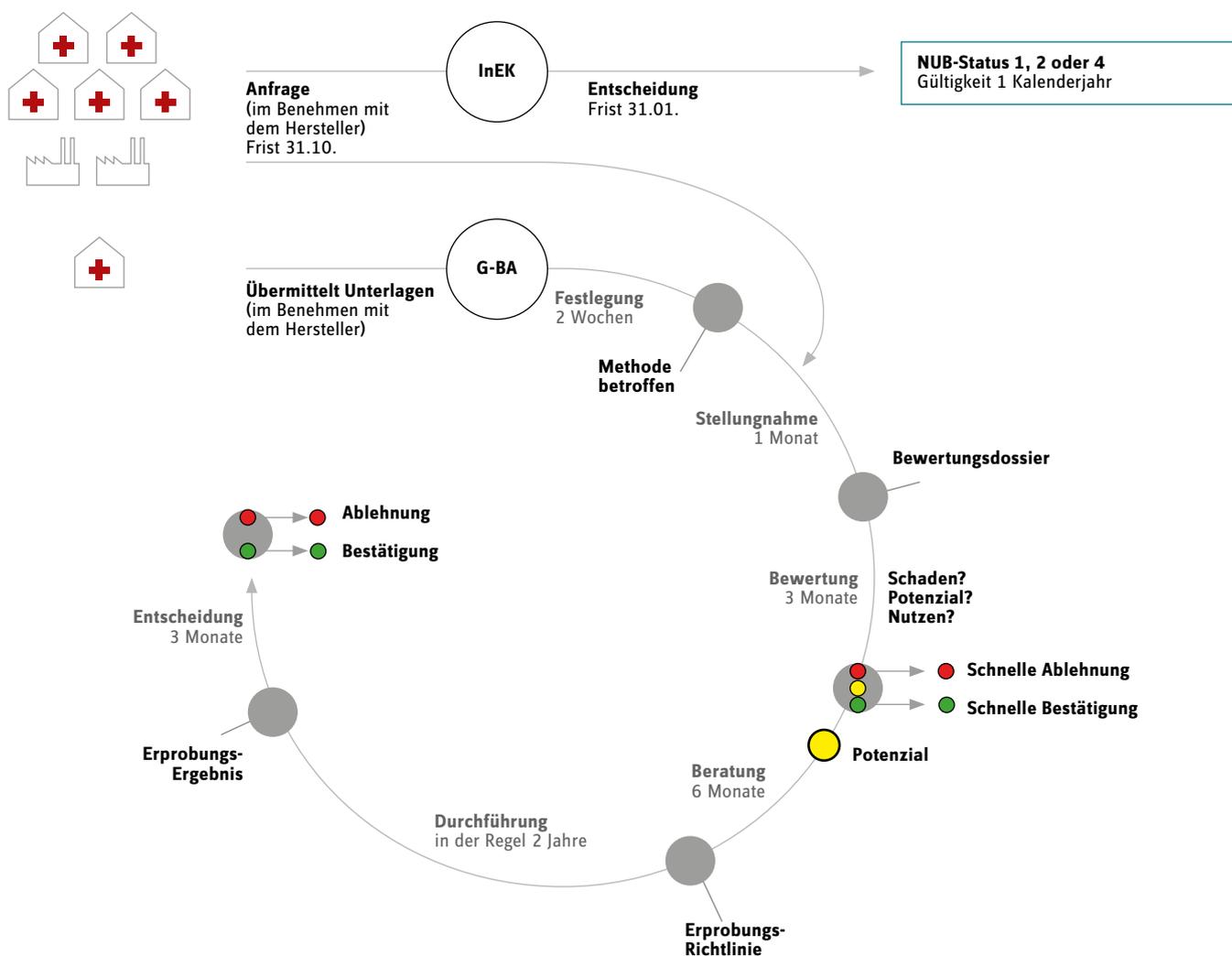
Im Koalitionsvertrag haben die Regierungsparteien vereinbart, klinische Studien mit Hochrisiko-Medizinprodukten immer dann gesetzlich vorzuschreiben und Krankenhäuser zu einer Teilnahme zu verpflichten, wenn der G-BA diese beschlossen hat. Der GKV-Spitzenverband erarbeitete daraufhin ein Konzept, mit dem sich das Vorhaben rechtlich umsetzen lässt. Dieses wurde im September 2014 vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes beschlossen und in die öffentliche Diskussion eingebracht. Die wesentlichen Kernpunkte sind:

- Neu in die Versorgung eingeführte innovative Medizinprodukte hoher Risikoklassen sollen frühzeitig identifiziert und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zügig und systematisch bewertet werden.
- Wenn der Nutzen dieser Produkte noch nicht belegt ist, sie aber eine potenzielle Behandlungsalternative darstellen, sind Krankenhäuser und Hersteller dazu aufgefordert, Studienkonzepte zu entwickeln und zur Genehmigung vorzulegen.
- Die Kassen verpflichten sich, die medizinische Leistung im Rahmen der vom G-BA genehmigten Studien zu vergüten.
- Auf diese Weise erhalten gesetzlich Krankenversicherte zügig und sicher Zugang zur innovativen Methode – erst im geschützten Rahmen einer klinischen Studie, danach in Kenntnis verlässlicher Daten über den tatsächlichen Nutzen der Innovation.

Geplante Regelungen im Versorgungsstärkungsgesetz

Im Oktober 2014 hat die Bundesregierung einen Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes vorgelegt, mit dem die systematische Bewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten gesetzlich verankert werden soll. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diesen längst überfälligen Schritt und begleitet das Gesetzgebungsverfahren im Sinne der Interessen der GKV-Versicherten weiterhin konstruktiv auf Basis seines Umsetzungskonzepts.

Abb. 19
 Systematische Bewertung von Hochrisiko-Medizinprodukten
 wie im Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehen
 (Stand: 17.12.2014)





Bereits Anfang des 18. Jahrhunderts war das Prinzip der Immunisierung durch eine überstandene Infektion bekannt und wurde schon gegen die damals weit verbreiteten tödlichen Pocken eingesetzt - die absichtliche Infektion Gesunder in der Hoffnung auf einen milden Infektionsverlauf (Variolation). Der englische Landarzt **Edward Jenner** entdeckte, dass Melkerinnen (Kühe waren fast immer mit Kuhpocken infiziert) nicht an Pocken erkrankten. 1896 führte er erstmals (und erfolgreich) die Vakzination mit Kuhpocken an einem Elfjährigen durch. 1979 wurden die Pocken von der WHO als ausgerottete Krankheit registriert.



Erste Erprobungsrichtlinien auf den Weg gebracht

Zur Beurteilung des Nutzens einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die Studienlage vielfach nicht ausreichend. Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes kann der G-BA durch Richtlinien klinische Studien selbst initiieren und sich an diesen finanziell beteiligen. Voraussetzung ist, dass die jeweilige Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen lässt.

Auch Hersteller von Medizinprodukten oder sonstige Anbieter von nicht-medikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können seit 2013 eine Richtlinie zur Erprobung durch den G-BA beantragen. Der G-BA erlässt auf Grundlage einer Bewertung des Erprobungspotenzials durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten einen Bescheid zu den gestellten Anträgen.

Richtlinie für vier neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Im April 2014 hat der G-BA auf Grundlage der erlassenen Bescheide die Beratung von Erprobungsrichtlinien beschlossen. Hierbei handelt es sich um

- den nichtinvasiven molekulargenetischen Pränataltest zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 bei Schwangeren, deren Ungeborenes hierfür ein erhöhtes Risiko hat (Pränatest®),
- die Therapie mit hyperbarem Sauerstoff bei Hörsturz,
- die Messung von Stickstoffmonoxid in der Ausatemluft zur Feststellung einer bestimmten Form der Atemwegsentzündung (u. a. bei Asthma bronchiale),
- die Messung von Stickstoffmonoxid in der Ausatemluft von Schwangeren mit Asthma zur Steuerung der Asthma-Behandlung.

In den Erprobungsrichtlinien werden die Eckpunkte für eine Studie festgelegt, die eine Bewertung des Nutzens der Methode auf einem ausreichend sicheren Erkenntnisniveau ermöglichen soll. Für die Erstellung des Studienprotokolls, der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobungsstudie wird jeweils eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution beauftragt.

Öffentliche Debatte zur angekündigten Erprobung des „Pränatest®“

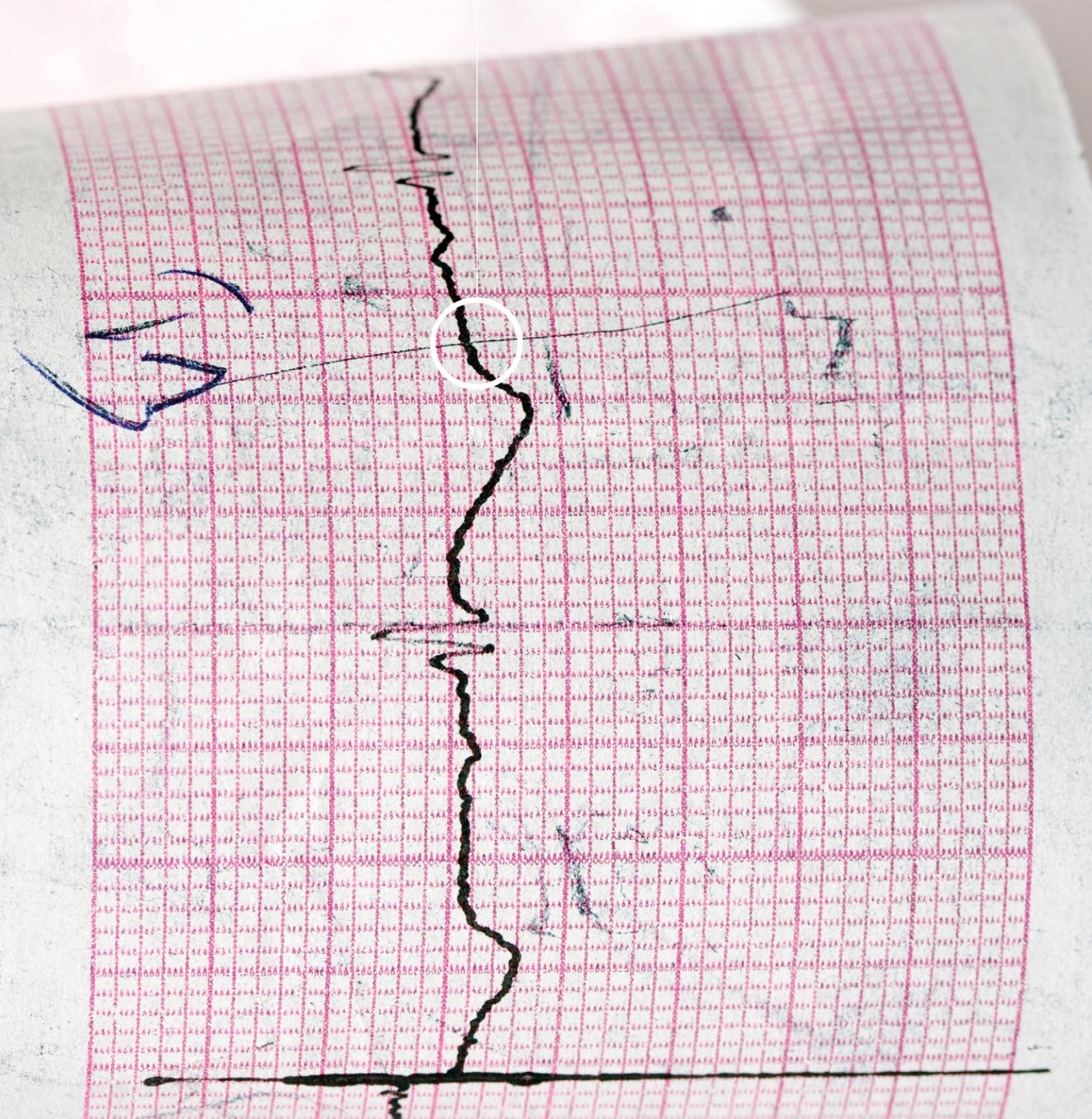
Zur Ankündigung der Erprobung des Tests zur Untersuchung mütterlichen Blutes auf das Vorliegen einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) beim Kind hat es öffentliche Kritik gegeben. Es wird jedoch – entgegen den geäußerten Befürchtungen – die bisherige Testung keineswegs ausgeweitet. Vielmehr soll geprüft werden, ob sich die derzeit durchgeführte Praxis einer Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) durch eine nichtinvasive und für Mutter und Kind schonendere Untersuchung ersetzen lässt. Die in der Erprobung zu untersuchende Fragestellung umfasst ausschließlich eine Indikation, die derzeit eine Fruchtwasseruntersuchung als GKV-Leistung begründet. Die Frage, inwieweit eine weniger invasive Methode die Bereitschaft zur Testung und damit ggf. auch eine Abtreibung befördert, bedarf einer breiten gesellschaftlichen Debatte, als sie im G-BA möglich ist.

Auch wenn noch offen ist, ob auf dem Weg der Erprobungsrichtlinien relevante Fortschritte für die Versorgung angestoßen werden, zeigt sich, dass die Umsetzung der Gesetzgebung durch den G-BA einen grundsätzlich gangbaren Weg eröffnet hat.

In den Erprobungsrichtlinien werden die Eckpunkte für eine Studie festgelegt, die eine Bewertung des Nutzens der Methode auf einem ausreichend sicheren Erkenntnisniveau ermöglichen soll.



Willem Einthoven erhielt 1924 den Medizin-Nobelpreis für eine Erfindung, die bereits 23 Jahre zurücklag und weitere 25 Jahre brauchen sollte, um sich auf breiter Basis als Standard durchzusetzen – das EKG. Einthoven entwickelte nicht nur das Aufzeichnungsgerät, sondern beschrieb bereits auch die Kurvenveränderungen bei den üblichsten Herzerkrankungen.



Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Im Abstand von zwei Jahren ist über die Arbeit und Ergebnisse der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu berichten. Für den Berichtszeitraum 2012 bis 2013 wurde dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2014 der nunmehr dritte Bericht vorgelegt und anschließend dem Bundesministerium für Gesundheit als zuständiger Rechtsaufsicht zugeleitet.

Der nicht-öffentliche Bericht dokumentiert nicht nur die vielfältigen Aktivitäten der Stelle beim GKV-Spitzenverband. Er führt auf freiwilliger Grundlage erneut vergleichbare Kennzahlen der Berichte der bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen eingerichteten Stellen zusammen und wendet sich mit Positionen und Forderungen an den Gesetzgeber.

Um die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen weiter zu stärken, ist vorgesehen, dass der Verwaltungsrat im Jahr 2015 erstmals ein Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes beschließt, das auch als eigenständige Publikation veröffentlicht werden soll.

Für einen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen

Der Bundesgerichtshof hat bereits im Jahr 2012 an den Gesetzgeber appelliert, den durch Korruption im Gesundheitswesen entstehenden „Misständen, die – allem Anschein nach – gravierende finanzielle Belastungen des Gesundheitssystems zur Folge haben, mit den Mitteln des Strafrechts effektiv entgegenzutreten“. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher ausdrücklich die Ankündigung der Regierungskoalition, in der 18. Legislaturperiode einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch zu schaffen.

Auf einem Fachforum des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz machte der GKV-Spitzenverband deutlich, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gegenwärtig über keine ausreichenden

eigenen Ermittlungsbefugnisse verfügen. Sozialgesetzlich verbotenes korruptives Verhalten im Gesundheitswesen können sie daher nicht effektiv verfolgen. In der Praxis sind die Kranken- und Pflegekassen zunächst auf die Ergebnisse staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen angewiesen, um danach sozialrechtliche Rückforderungsansprüche und Vertragsmaßnahmen durchsetzen zu können.

Damit die Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen zukünftig erfolgreich gelingen kann, reicht die Schaffung eines neuen Straftatbestandes im Strafgesetzbuch allein aber nicht aus. Zwingend erforderlich sind darüber hinaus auch der gesetzliche Schutz von Hinweisgebern sowie die Einrichtung von (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften für Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen in allen Bundesländern.

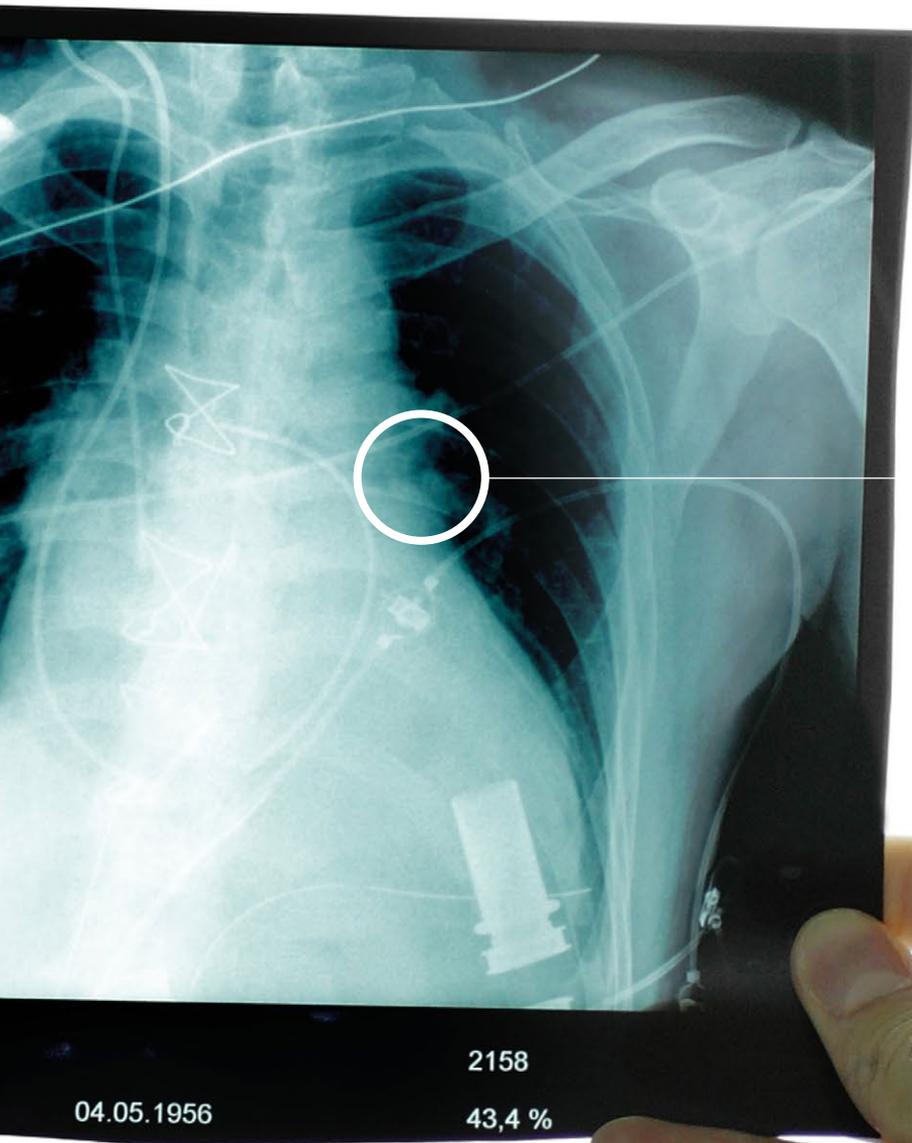
Abb. 20 Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen (Schwerpunkt-)Staatsanwaltschaften



Darstellung: GKV-Spitzenverband, Stand 31.12.2014



Obwohl **Marie Curie** den Nobelpreis erhielt - als erster Mensch sogar in zwei Disziplinen, Physik und Chemie - weigerte sich die französische Académie des Sciences Zeit ihres Lebens, sie aufzunehmen. Die Académie Nationale de Médecine hingegen trug ihr 1922 die Mitgliedschaft an. Diese Ehre galt ihrer Arbeit als Radiologin im Ersten Weltkrieg (sie entwickelte den mobilen Röntgenwagen für Feldlazarette und bildete Röntgentechnikerinnen aus), vor allem aber der Curie-Therapie, die lokale Bestrahlung von Tumoren mit radioaktiven Implantaten.



GKV-Finanzen: Überproportionales Ausgabenwachstum

Erwartungsgemäß konnte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach drei aufeinanderfolgenden Jahren mit Einnahmeüberschüssen – der Gesundheitsfonds sogar nach vier „guten“ Jahren – im Berichtsjahr kein positives Finanzergebnis mehr erzielen. Sowohl der Gesundheitsfonds als auch die Krankenkassen schlossen das Jahr 2014 in der Gesamtschau mit einem Einnahmedefizit ab. Aufgrund der neuen Finanzierungssystematik mit reduziertem Beitragssatzniveau prognostizierte der GKV-Schätzerkreis im Oktober 2014 für das Jahr 2015 eine Unterdeckung der Ausgaben der Krankenkassen in Höhe von 11,2 Mrd. Euro. Die prognostizierte Unterdeckung wird von den Krankenkassen zum Teil durch den Abbau vorhandener Reserven aufgefangen werden. Somit zehrt die GKV seit dem Jahr 2014 von ihrer in den Vorjahren erwirtschafteten Substanz.

Finanzentwicklung 2014

Die beitragspflichtigen Einnahmen verzeichneten 2014 mit einem Zuwachs von 3,9 Prozent (2013: + 3,4 Prozent) erneut einen deutlichen Anstieg. Die hierdurch – bei einem unveränderten Beitragssatz von 15,5 Prozent – auf 188,2 Mrd. Euro angestiegenen Beitragseinnahmen konnten jedoch die unsachgerechte Kürzung der Bundesbeteiligung um 3,5 Mrd. Euro nicht vollständig ausgleichen. So standen den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2014 in Höhe von 198,6 Mrd. Euro Zuweisungen an die Krankenkassen in Höhe von 199,6 Mrd. Euro gegenüber. Das hieraus resultierende Fondsdefizit von 1 Mrd. Euro war aus der Liquiditätsreserve des Fonds zu finanzieren, die damit zum Ende des Berichtsjahres noch 12,6 Mrd. Euro betrug.

Bei den Krankenkassen standen den Einnahmen aus Zuweisungen von 199,6 Mrd. Euro geschätzte fondsrelevante Ausgaben in Höhe von 200,4 Mrd. Euro gegenüber. Die Ausgaben der Krankenkassen sind damit im Vergleich zum Vorjahr um 10,9 Mrd. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Ausgabenwachstum von 5 Prozent je Versicherter. Im Ergebnis erzielten die Krankenkassen damit im Jahr 2014 ein Defizit von 0,8 Mrd. Euro, welches aus

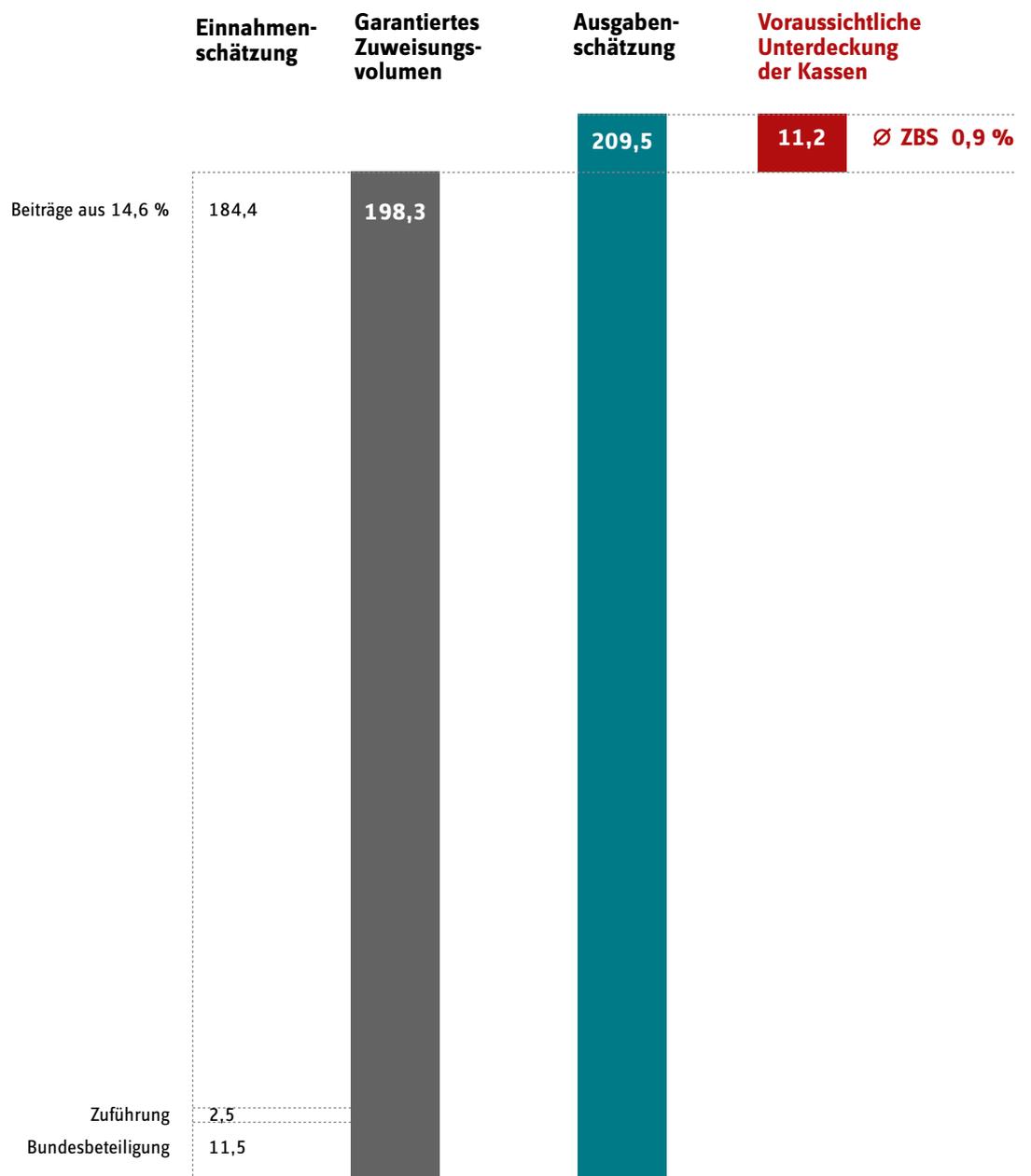
Rücklagen finanziert werden konnte. Erfreulicherweise musste im Berichtsjahr keine Krankenkasse pauschale Zusatzbeiträge nach altem Recht erheben. Im Gegenteil: Finanzstärkere Krankenkassen konnten zusätzlich aus ihren Rücklagen Prämien in Höhe von rund 0,7 Mrd. Euro an ihre Mitglieder auszahlen.

Finanzprognose 2015

Die Beitragseinnahmen inklusive der Beiträge aus geringfügiger Beschäftigung für das Jahr 2015 wurden vom GKV-Schätzerkreis auf 184,4 Mrd. Euro geschätzt. Die Mindereinnahmen von 3,8 Mrd. Euro im Vergleich zum Vorjahr resultieren trotz eines erwarteten Anstiegs der beitragspflichtigen Einnahmen um 3,8 Prozent aus dem mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) um 0,9 Beitragssatzpunkte abgesenkten allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent. Neben den Einnahmen aus Beiträgen kann der Fonds mit einer Bundesbeteiligung von 11,4 Mrd. Euro sowie einer gesetzlichen Zuführung aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 2,5 Mrd. Euro rechnen, sodass sich geschätzte Gesamteinnahmen von 198,3 Mrd. Euro ergeben. Diese voraussichtlichen Gesamteinnahmen werden den Krankenkassen als Zuweisungsvolumen für das Jahr 2015 garantiert, sodass der Fonds rechnerisch ein Finanzergebnis von Null erzielen wird. Dieser Saldo wird jedoch allein aufgrund der Zuführung aus der Liquiditätsreserve möglich, die damit zum Jahresende 2015 um 2,5 Mrd. Euro auf geschätzte 10,1 Mrd. Euro absinkt.

Die voraussichtlichen fondsrelevanten Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2015 wurden auf 209,5 Mrd. Euro geschätzt (+ 4,1 Prozent je Versicherter). Damit ergibt sich aufseiten der Krankenkassen ein rechnerischer Fehlbetrag von 11,2 Mrd. Euro, der – soweit die Krankenkassen nicht auf Rücklagen zurückgreifen können – durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufzubringen ist. Der Fehlbetrag entspricht bezogen auf die geschätzte Grundlohnsumme für 2015 einem rechnerischen Zusatzbeitragssatz von 0,9 Prozent. Entsprechend hat auch das Bundesministerium für Gesundheit

Abb. 21
Einnahmen-Ausgaben-Prognose
(in Mrd. Euro)



Quelle: Prognose des GKV-Schätzerkreises, Darstellung: GKV-Spitzenverband

den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für das Jahr 2015 auf 0,9 Prozent festgelegt. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist für die Zusatzbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld II sowie für weitere Mitgliedergruppen der Krankenkassen maßgebend. Alle anderen Mitglieder zahlen ihre Zusatzbeiträge jeweils auf Grundlage des kassenspezifischen Zusatzbeitragssatzes ihrer gewählten Krankenkasse.

Krankenkassen starten mit neuem Preiswettbewerb

Das zum 1. Januar 2015 reformierte Finanzierungssystem erzeugt durch Herstellung einer allgemeinen Unterdeckung der Krankenkassen und Einführung von kassenspezifischen Zusatzbeitragssätzen einen neuen Preiswettbewerb unter den Krankenkassen. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen haben in den letzten Wochen des Berichtsjahres über die Festsetzung der Zusatzbeitragssätze in ihren Satzungen entschieden. Die vom GKV-Spitzenverband laut gesetzlicher Vorgabe bekannt zu machenden Zusatzbeitragssätze reichten zum Stichtag 1. Januar 2015 von 0,3 bis 1,3 Prozent; nur zwei kleinere regionale Krankenkassen erhoben zu diesem Zeitpunkt keinen Zusatzbeitrag.

Der GKV-Spitzenverband wurde durch das GKV-FQWG verpflichtet, im Internet eine jeweils aktuelle Übersicht der Zusatzbeitragssätze zu veröffentlichen. Für die Wahl einer Krankenkasse sollten - neben dem erhobenen Zusatzbeitragssatz - jedoch weitere Faktoren, insbesondere die kassenspezifischen Satzungsleistungen, spezielle Versorgungsangebote und Serviceleistungen, beachtet werden. Eine einseitige Fokussierung auf die Preiskomponente konterkariert letztlich auch den angestrebten Leistungs- und Qualitätswettbewerb in der Krankenversicherung.

Mit Blick auf die künftige Finanzausstattung der GKV bleibt insbesondere kritikwürdig, dass der Gesetzgeber mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2014 erneut erhebliche Teile der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Konsolidierung des Bundeshaushalts vereinnahmt. Insgesamt entzieht der Bund der GKV durch die Kürzung der Bundesbeteiligung für die Jahre 2013, 2014 und 2015 8,5 Mrd. Euro. Diese beträchtlichen Finanzreserven, die allein von den Versicherten und ihren Arbeitgebern aufgebracht wurden, werden damit für allgemeine staatliche Aufgaben zweckentfremdet und stehen für die künftige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten nicht mehr zur Verfügung. Diese Verschiebung von Finanzierungslasten widerspricht dem Ziel der Belastungsgerechtigkeit ebenso wie einer nachhaltig soliden Finanzierung der Sozialversicherung.



Ende des 19. Jahrhunderts überlebten nur sechs Prozent der Patienten eine Gehirnoperation unter Vollnarkose. Noch als Medizinstudent entwickelte **Harvey Williams Cushing** 1885 ein Narkoseprotokoll mit permanenter Überwachung der Vitalfunktionen Atmung, Puls und Temperatur, das er später um einen selbst entwickelten, kontinuierlich arbeitenden Blutdruckmonitor erweiterte. Die Überlebensrate stieg dadurch auf 90 Prozent. Abgeleitet von seinem Vitalprotokoll konzipierte, gründete und leitete er ab 1923 die erste Intensivstation.



Europa: Gesundheit gemeinsam gestalten

Im Mai 2014 waren die Bürger Europas aufgerufen, ein neues Europäisches Parlament zu wählen. In den Folgemonaten wurde die neue Europäische Kommission bestimmt. Damit erhält die Europäische Union (EU), die auch für die Gesundheits- und Pflegepolitik eine immer größere Rolle spielt, eine neue politische Ausrichtung. Um möglichst frühzeitig die Interessen der Patienten und Beitragszahler in die Brüsseler Debatte einzubringen, hat sich der GKV-Spitzenverband intensiv mit Fragen der gesundheitspolitischen Gestaltung in Europa beschäftigt. Der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes verabschiedete ein Positionspapier mit dem Titel „Gesundheit gemeinsam gestalten in Europa“.



Den Schwerpunkt legt der GKV-Spitzenverband auf die wichtigen Strukturprinzipien der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wie etwa das Sachleistungs- und Solidaritätsprinzip, die Beitragsfinanzierung sowie die Steuerung durch Selbstverwaltung. Diese Prinzipien sind Grundpfeiler eines der leistungsfähigsten Gesundheits- und Pflegesysteme Europas und dürfen durch die Politik der EU nicht infrage gestellt werden.

Funktionsfähige Gesundheitssysteme erhalten

Eine sinnvolle Arbeitsteilung zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten bedeutet, gemäß dem Subsidiaritätsprinzip Herausforderungen selbstbestimmt und eigenverantwortlich dort anzunehmen, wo sie auftreten. Auch in einem immer enger zusammenwachsenden Europa müssen alle Mitgliedstaaten in der Lage bleiben, die Funktionsfähigkeit ihrer Gesundheitssysteme und eine effiziente gesundheitliche und pflegerische Versorgung sicherzustellen. Erst wenn gemeinsames Handeln notwendig ist, wird die EU-Ebene beauftragt.

Auf dem Arzneimittel- und Medizinprodukte-markt, beim Kampf gegen Volkskrankheiten oder bei der gesundheitlichen Absicherung der zunehmenden Mobilität der europäischen Bürger sind unterschiedliche Formen der Zusam-

menarbeit sinnvoll. So muss die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) gemeinsam weiterentwickelt und ihre Akzeptanz gestärkt werden, um eine unbürokratische Versorgung der Versicherten bei einem Aufenthalt im EU-Ausland zu gewährleisten. Die EU trägt besondere Verantwortung für Qualität und Sicherheit von Medizinprodukten. Sie muss bei den noch andauernden Verhandlungen über eine neue Medizinprodukteverordnung die Patientensicherheit in den Vordergrund stellen, um verlorengegangenes Vertrauen nach einigen Skandalen in diesem Bereich wiederherzustellen.

Kräfte bündeln

Durch Kooperationen können die Gesundheitssysteme der EU Herausforderungen gemeinsam begegnen, voneinander lernen und ihre Kräfte sinnvoll bündeln. Beispielsweise sind Prävention und Gesundheitsförderung in allen alter werdenden Gesellschaften Europas ein zentrales Thema. Auch große Volkskrankheiten wie Krebs oder Demenz betreffen die Menschen in allen EU-Staaten.



Aktuelle EU-Themen

Verordnung für Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika

- Skandale um Metall-auf-Metall-Endoprothesen und Brustimplantate haben zuletzt verdeutlicht, dass das Medizinprodukterecht nachhaltig modernisiert werden muss.
- Hochrisiko-Medizinprodukte brauchen im Sinne der Patientensicherheit eine Zulassung durch eine zentrale, von ökonomischen Interessen unabhängige Einrichtung auf europäischer Ebene, solide klinische Prüfungen sowie verlässliche Marktüberwachungsstudien und -instrumente. Die EU-Mitgliedstaaten können sich auch nach zweijährigen Verhandlungen bis dato nicht auf eine gemeinsame Position, die sie gleichermaßen gegenüber dem Europäischen Parlament und der Kommission vertreten, einigen.
- Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes greift der ursprünglich von der Europäischen Kommission vorgebrachte Entwurf zu kurz.

Datenschutz-Grundverordnung

- Ziel ist es, das europäische Datenschutzrecht von 1995 zu modernisieren und zu vereinheitlichen.
- In Deutschland bestehen mit den Vorschriften zum Sozialdatenschutz und speziellen Regelungen für das Gesundheitswesen bereits aufeinander abgestimmte Vorschriften, deren Kohärenz durch europäische Vorgaben nicht gefährdet werden dürfen. Schließlich handelt es sich im Bereich der Sozial- und Gesundheitsdaten um sehr sensible und schützenswerte personenbezogene Informationen.

EU-Mehrwertsteuerreform

- Die Europäische Kommission prüft, öffentliche Dienste und Leistungen der Daseinsvorsorge, darunter auch Kranken- und Pflegeversicherungsleistungen, der Mehrwertsteuerpflicht zu unterwerfen.
- Aus Sicht der GKV und der Deutschen Sozialversicherung insgesamt sind diese Pläne strikt abzulehnen.
- Allein für das Jahr 2014 wäre es durch eine Mehrwertsteuerpflicht zu einer Mehrbelastung der Sozialversicherung um 34 Mrd. Euro gekommen. Das entspricht einer Beitragssatzsteigerung von mehr als drei Prozentpunkten ohne Leistungsverbesserungen.

Konsultation über Mobile Health Dienste

- Die Europäische Kommission hat eine Konsultation zu mobilen Gesundheitsanwendungen, wie sie beispielsweise auf Handys genutzt werden, abgehalten. Ziel ist es, Chancen und Bedarfe für bessere Regeln auszuloten.
- Der GKV-Spitzenverband spricht sich - auch gemeinsam mit der Deutschen Sozialversicherung und über die European Social Insurance Platform (ESIP) - für mehr Datensicherheit sowie Verlässlichkeit und Qualität solcher Anwendungen aus.
- Anwendungen, die etwa Arzneimitteltherapien oder Screening- und Präventionsmaßnahmen unterstützen, müssen wie Medizinprodukte behandelt werden.

Internationale Freihandelsabkommen

Die EU verhandelt eine Reihe von Freihandelsabkommen. Das prominenteste darunter ist die Transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (TTIP) mit den USA. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich das Anliegen der EU, durch ein solches Abkommen bürokratische Hürden abzubauen und das Wirtschaftswachstum zu fördern. Er setzte sich gleichzeitig intensiv mit möglichen Auswirkungen auf die Krankenversicherung und das Gesundheitswesen auseinander und erarbeitete hierzu, auch gemeinsam mit anderen europäischen Sozialversicherungsorganisationen im Rahmen der European Social Insurance Platform, Positionen.

Der Verwaltungsrat stellte im Rahmen seiner europapolitischen Eckpunkte fest:

- Internationale Abkommen dürfen die Kompetenz der Mitgliedstaaten, ihre Gesundheitssysteme zu gestalten, nicht einschränken.
- Die Strukturprinzipien der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nicht infrage gestellt werden.
- Soziale Dienstleistungen, Gesundheitsversorgungs- und Krankenversicherungsleistungen sind keine Handelsware.
- Sie sind aus dem Geltungsbereich von Handelsabkommen zweifelsfrei, dauerhaft und rechtsicher auszuschließen, und es ist abschließend festzulegen, für welche Bereiche Freihandelsabkommen gelten sollen.

Darüber hinaus positionierte sich der GKV-Spitzenverband frühzeitig zu den Verhandlungen im Bereich Medizinprodukte und Arzneimittel.

Hohe Sicherheitsstandards einhalten

Es liegt im Interesse der Patienten und Beitragszahler, dass gute Rahmenbedingungen für Innovation und Qualität, für die Versorgungssicherheit bei Medizinprodukten und Arzneimitteln sowie für deren nachhaltige Finanzierung durch die Gesundheitssysteme in der EU gewährleistet werden. Bei der Prüfung einer weiteren Angleichung der Zulassungsverfahren von Arzneimitteln müssen hohe Standards eingehalten werden, um die Patientensicherheit zu gewährleisten. Die Zusammenarbeit mit den USA im Bereich der Medizinprodukte bietet

eine Reihe von Möglichkeiten, die Patientensicherheit dauerhaft zu stärken. Besonders der Marktzugang und die -überwachung sind nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes in den USA besser und transparenter geregelt als in Europa. Patienten würden von einer Anpassung der europäischen Sicherheits- und Leistungsanforderungen an das amerikanische System profitieren.

Transparent verhandeln, Folgen abschätzen

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes müssen die Verhandlungen über Freihandelsabkommen insgesamt transparenter gestaltet und Interessengruppen angemessen eingebunden werden, etwa durch öffentliche Konsultationen mit solider Datenbasis. Um Klarheit über die gesundheitspolitischen Folgen der internationalen Abkommen zu schaffen, muss die Europäische Kommission rechtzeitig eine umfassende sozial- und gesundheitspolitische Folgenabschätzung vorlegen.



Transatlantic Trade and Investment Partnership

Die EU und die USA beschlossen im Februar 2013, Verhandlungen über eine transatlantische Handels- und Investitionspartnerschaft (Transatlantic Trade and Investment Partnership - TTIP) aufzunehmen. Das geplante Abkommen wäre laut Europäischer Kommission wirtschaftlich betrachtet das größte Handelsabkommen, das jemals verhandelt wurde. Es soll die Wirtschaftsleistung der EU in zehn Jahren um 0,5 Prozent steigern. Das Abkommen befasst sich mit dem Abbau von Zöllen, der Öffnung der Märkte für Investitionen, Dienstleistungen und öffentliche Beschaffung. Mit dem TTIP sollen weitere nicht-tarifäre Handelshemmnisse abgebaut werden, etwa in den Bereichen Verbraucher-, Umwelt- und Gesundheitsschutz, Versicherungen und Finanzprodukte sowie Daten- und Patentschutz.

DVKA - Anlaufstelle für international agierende Unternehmen

In Deutschland ansässige Unternehmen sind in besonderem Maße international orientiert. Der Export von Waren und Dienstleistungen hat einen wesentlichen Anteil am Welthandel. Die intensive weltwirtschaftliche Verflechtung Deutschlands kommt auch durch die hohen Importraten sowie die Zunahme grenzüberschreitend getätigter Direktinvestitionen zum Ausdruck.

Deutsche Unternehmen - Konzerne wie auch der Mittelstand - sind Teil dieser globalen Wirtschaftsordnung, in der internationale Arbeitsteilung und international agierende Unternehmen

Die durchgängige Absicherung von Beschäftigten im deutschen Sozialsystem stellt einen wichtigen Bestandteil des internationalen Mitarbeiterereinsatzes und somit des Unternehmenserfolgs dar.

alltäglich sind. Flankiert und ermöglicht wird dies durch Tausende in anderen Staaten tätige Personen, die neben dem ökonomischen Transfer durch ihr Ex-

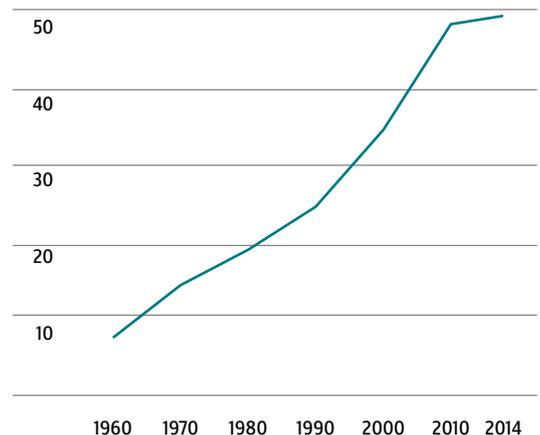
pertenwissen wirtschaftliche Erfolge garantieren. Was aber bedeutet das für weltweit eingesetzte Beschäftigte - und für die deutsche Sozialversicherung?

Verbleib in der deutschen Sozialversicherung mit Hilfe der DVKA

Bei der Beantwortung dieser wichtigen Frage ist die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) zentraler Akteur. Sie schließt zur sozialen Absicherung von Personen, die vorübergehend im Ausland tätig sind, sogenannte Ausnahmereinbarungen ab. Diese bewirken, dass für eine Person auch während eines Auslandseinsatzes ausschließlich Beiträge in das deutsche Sozialsystem fließen und dort Ansprüche erworben werden. Ein kontinuierlicher Versicherungsverlauf liegt im Interesse der Beschäftigten. Auch Unternehmen, die Beschäftigte vorübergehend im Ausland einsetzen, profitieren von den Ausnahmereinbarungen. Die durchgängige, vergleichsweise unbürokratische Absicherung ihrer Beschäftigten im deutschen Sozialsystem stellt einen wichtigen Bestandteil des internationalen Mitarbeiterereinsatzes und somit des Unternehmenserfolgs dar.

Verbindliche Regelungen zum ausschließlich anzuwendenden Sozialversicherungsrecht sind - über das europäische Gemeinschaftsrecht hinaus - nur durch bilaterale Sozialversicherungsabkommen möglich. Deutschland ist unter anderem deshalb seit Langem bestrebt, mit ökonomisch relevanten Partnerstaaten Sozialversicherungsabkommen zu schließen.

Abb. 22
Anzahl der Staaten, mit denen Deutschland durch Sozialversicherungsabkommen bzw. EU-Koordinationsrecht verbunden ist



Darstellung: GKV-Spitzenverband

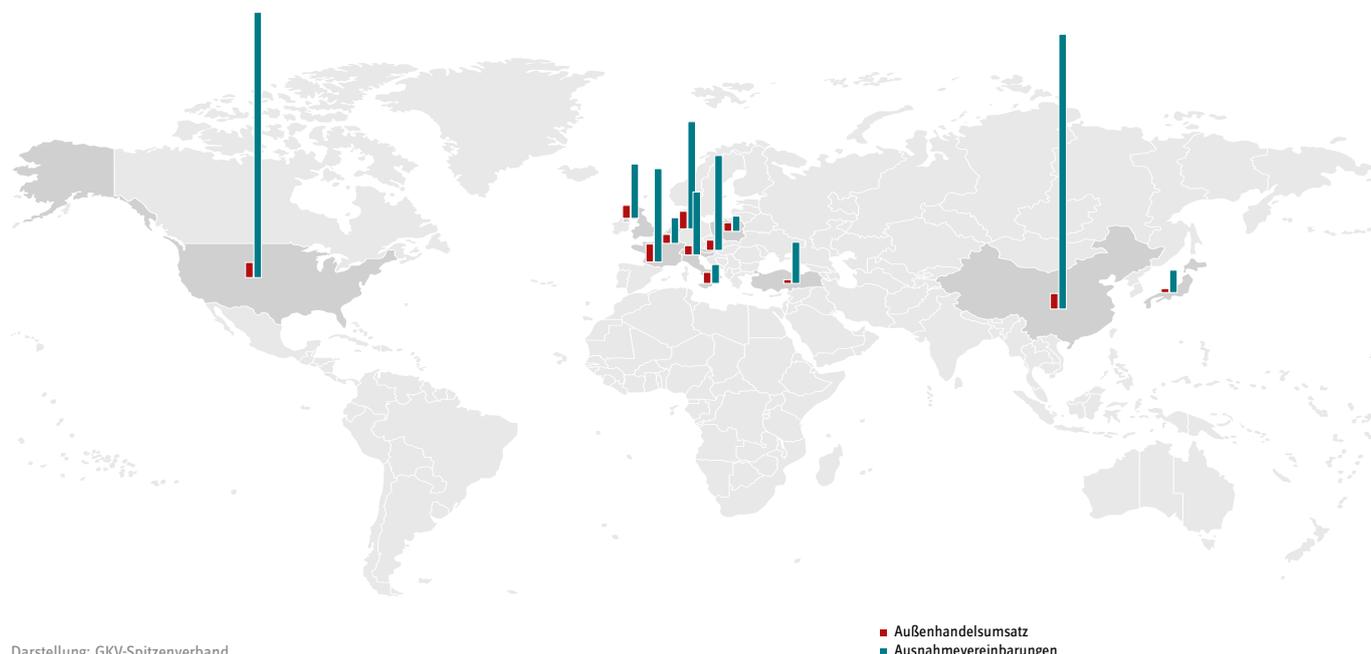
Außenwirtschaftliche Verflechtung und Ausnahmevereinbarungen

Die Zahl der Ausnahmevereinbarungen mit anderen Staaten korreliert mit den Schwerpunkten des deutschen Außenhandels. Diese sind insbesondere die Volksrepublik China und die USA. Es ist daher kein Zufall, dass die DVKA die größte Anzahl von Ausnahmevereinbarungen mit diesen beiden Staaten trifft.

Innerhalb der EU bedarf es hingegen vergleichsweise weniger Ausnahmeregelungen, da das europäische Gemeinschaftsrecht spezielle Regelungen für Personen vorsieht, die gewöhnlich in mehreren Staaten tätig sind.

Der Trend zur Internationalisierung setzt sich derzeit ungebrochen fort. Daher sind u. a. mit Algerien und den Philippinen Sozialversicherungsabkommen in Vorbereitung oder bereits unterzeichnet. Zudem wird im Jahr 2015 das Abkommen mit Uruguay in Kraft treten.

Abb. 23
Außenhandelsumsatz und Ausnahmevereinbarungen





Mit seiner Forschungsarbeit zur Trocknung und langfristigen Lagerung von Blutplasma erlangte **Charles Drew** 1940 als erster Afroamerikaner den Dokortitel der Medizin. Direkt danach wurde er beauftragt, die Sammlung amerikanischen Blutplasmas zur Unterstützung Großbritanniens zu organisieren. Blutplasma kann unabhängig von der jeweiligen Blutgruppe von jedem Spender auf jeden Empfänger übertragen werden - theoretisch: Die damaligen Richtlinien des Militärs verboten den Bluttransfer zwischen Weißen und Farbigen. Im Streit um diese rassistische Politik verließ Drew das Projekt und begann, die zivile Blutbank des Roten Kreuzes aufzubauen. Als verspätete Anerkennung taufte die US Navy 2010 ein Schiff auf seinen Namen.

Kommunikationsschwerpunkte des GKV-Spitzenverbandes

Das Jahr 2014 war geprägt durch die Arbeitsaufnahme der neuen Regierung. Somit beschäftigte sich auch die Kommunikation des GKV-Spitzenverbandes schwerpunktmäßig mit den zahlreichen neuen Gesetzesvorhaben und Reformen. Die eigenen Standpunkte und Forderungen transportierte der Verband auf Pressekonferenzen, in Interviews und Hintergrundgesprächen u. a. zu den Themen ambulante und stationäre Versorgung sowie zum Thema Qualitätsorientierung in der Patientenversorgung.

Neue Veranstaltungsreihe „GKV live“

Seit Neuestem kommuniziert und diskutiert der GKV-Spitzenverband seine Ziele und Positionen auch im Rahmen von Diskussionsveranstaltungen mit dem Titel „GKV live - Politik im Gespräch“. Seit Mitte 2014 lädt der Verband in unregelmäßigen Abständen zu aktuellen Themen in das neue Verbandsgebäude in der Reinhardtstraße ein. Die ersten Ausgaben der Reihe beschäftigten sich mit dem Finanzierungs- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz sowie den Themen Pflegereform und Krankenhausversorgung. Dabei diskutierte der Verbandsvorstand mit Vertretern aus der Politik. Auch das Publikum hatte die Gelegenheit, sich an der Diskussion zu beteiligen. Das große Interesse an „GKV live - Politik im Gespräch“ zeigt, dass der Spitzenverband mit dem neuen Veranstaltungsformat einen zukunftsweisenden Weg beschritten hat. Im Jahr 2015 wird die Veranstaltungsreihe fortgesetzt.

GKV-Dialog im neuen Design

Ein weiterer Schwerpunkt des vergangenen Kommunikationsjahrs lag im Online-Bereich: GKV-Dialog, das Mitgliederportal des GKV-Spitzenverbandes, präsentiert sich seit Ende November 2014 im neuen Design. Eine komplett überarbeitete Informationsarchitektur, ein modernes Design und neue Funktionen werten das Portal optisch und inhaltlich auf.

Nach über einjähriger Planungs- und Entwicklungszeit konnte Ende November 2014 das neue GKV-Dialog erfolgreich online gehen. Im



Mittelpunkt des Projekts stand die Weiterentwicklung des gesamten Portals mit dem Fokus auf Rundschriften und Gruppenräume. Die neue Informationsarchitektur rückt diese Bereiche nun konsequent in den Mittelpunkt. Neue Funktionen erleichtern das Auffinden relevanter Informationen und erhöhen die Nutzerfreundlichkeit. Mit dem modernen Design reiht sich GKV-Dialog auch optisch in die Reihe der Online-Portale des GKV-Spitzenverbandes ein. Damit präsentieren sich nun alle großen Online-Projekte des Verbandes in einem modernisierten, einheitlichen Erscheinungsbild. Ein weiterer Fokus des Projekts lag auf der kompletten Systemumstellung auf moderne Software-Komponenten. Mit der Umstellung ist nun eine solide technische Basis für die nächsten Jahre geschaffen worden.

Kommunikation der Zusatzbeitragssätze

Zum Ende des Jahres 2014 rückte das Thema Zusatzbeiträge in den Fokus der Verbandskommunikation: Wie im Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt, stellt der GKV-Spitzenverband seit 1. Januar 2015 auf seiner Internetseite eine tagesaktuelle Übersicht aller Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen bereit. Außerdem stand für vermehrte Versichertenanfragen zum Thema Zusatzbeitrag ein Call-Center zur Verfügung. Aktive Pressearbeit rundet die Kommunikationsmaßnahmen ab.



Der APGAR-Score wurde 1952 von **Virginia Apgar** als erster standardisierter Test für Neugeborene entwickelt und eingeführt. Apgar, eigentlich Chirurgin, fand in ihrem Fachgebiet keine Anstellung und spezialisierte sich schließlich auf das neue Gebiet der Anästhesiologie. Bei der Begleitung von Geburten erkannte sie, dass das Leben vieler Neugeborener gerettet werden könnte, wenn pränatale oder Geburtsschäden schnell entdeckt und Reanimationsmaßnahmen sofort gestartet würden. Als Merksätze steht der APGAR-Test heute als Backronym für die fünf untersuchten Parameter (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration).

Haushalt des GKV-Spitzenverbandes

Jahresrechnung 2013

Im April 2014 wurde die Jahresrechnung des GKV-Spitzenverbandes für das Jahr 2013 aufgestellt. Die Prüfung der Jahresrechnung einschließlich des Teilhaushalts der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) erfolgte durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO. Geprüft wurden auch die Finanzanlagen des GKV-Spitzenverbandes im Hinblick auf ihre Sicherheit und Ordnungsmäßigkeit. Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erteilte einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. In seiner Sitzung vom 4. Juni 2014 entlastete der Verwaltungsrat daraufhin den Vorstand und nahm die Jahresrechnung 2013 ab.

Verbandsbeitrag 2014

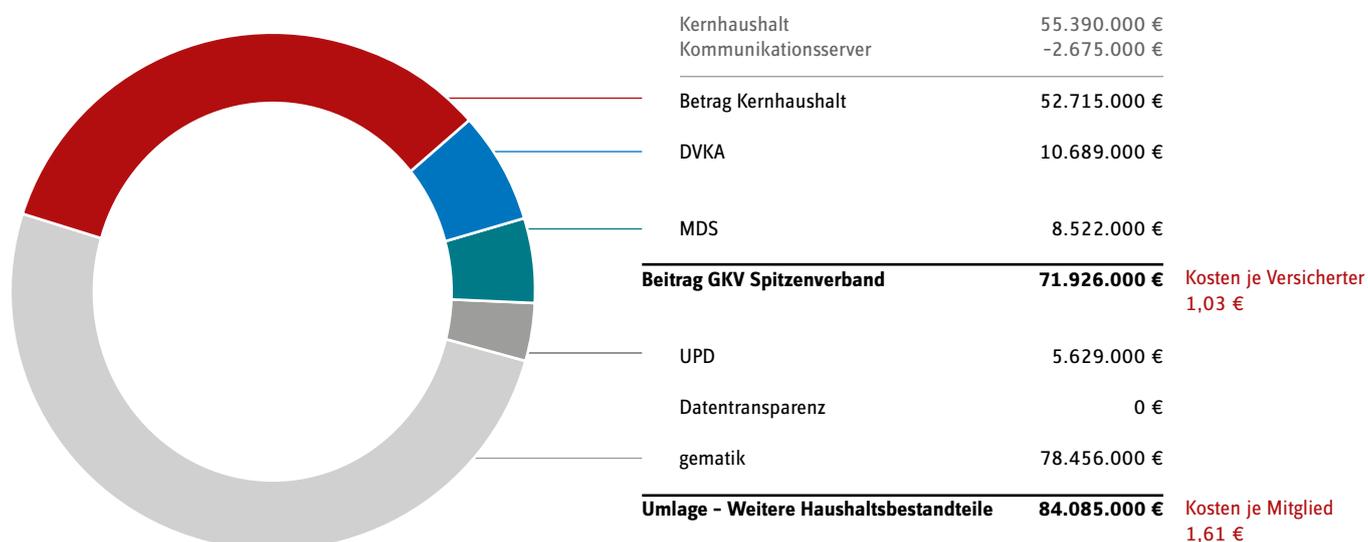
Der Haushaltsplan 2014 des GKV-Spitzenverbandes weist einen Gesamtverbandsbeitrag in Höhe von 156 Mio. Euro aus. Er beinhaltet den Beitrag für den Kernhaushalt des GKV-Spitzenverbandes abzüglich der Erstattungen aus der Refinanzierung der Anschubfinanzierung für den GKV-Kommunikationsserver.

Folgende Umlagefinanzierungen sind ebenfalls inbegriffen:

- DVKA-Teilhaushalt
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)
- Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik)
- Aufgaben im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Datentransparenz
- Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (UPD)

Die für den Haushalt 2014 geplanten Ausgaben für Aufgaben im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Datentransparenz in Höhe von 494.000 Euro werden vollständig aus der im Jahr 2013 erhobenen Umlage finanziert, da im Jahr 2013 nicht alle ursprünglich geplanten Mittel vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information - DIMDI abgerufen wurden.

Abb. 24
Bestandteile des Gesamtverbandsbeitrags



Haushalt 2015

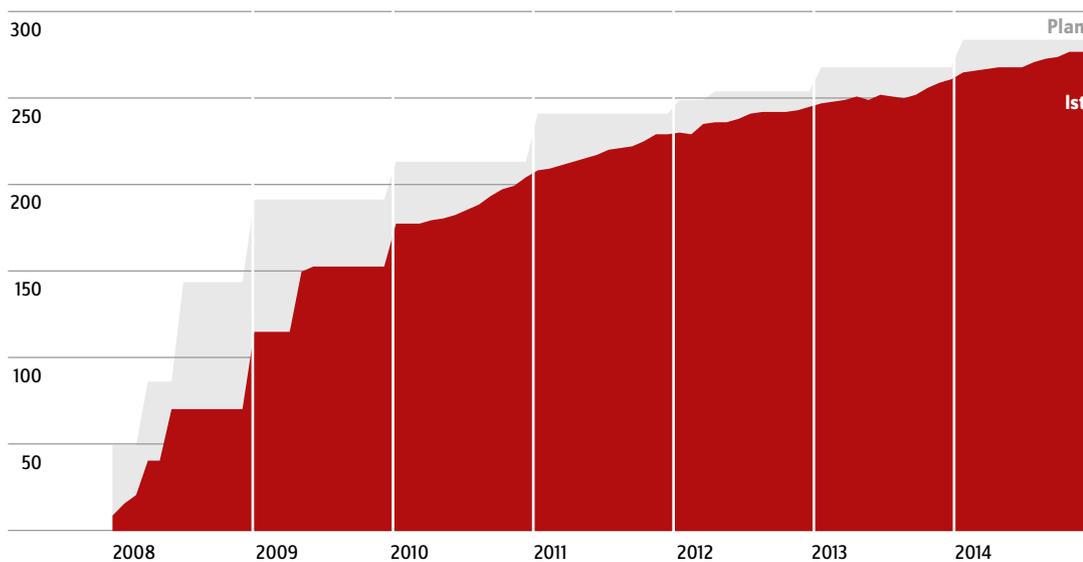
Der vom Vorstand am 5. November 2014 aufgestellte Haushaltsplan 2015 wurde vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 10. Dezember 2014 einstimmig beschlossen. Der Gesamtverbandsbeitrag wurde auf 137,1 Mio. Euro festgesetzt. Er sinkt damit gegenüber dem Jahr 2014 um 18,9 Mio. Euro. Dies ist insbesondere auf die geringere gematik-Umlage zurückzuführen. Der Verwaltungsrat hatte zudem beschlossen, dass die Zahlung der gematik-Umlage seiner Einwilligung bedarf (Sperrvermerk gemäß § 10 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung). In seiner Sondersitzung am 16. Januar 2015 wurde dieser Sperrvermerk aufgehoben.

Verwaltungsgebäude des GKV-Spitzenverbandes

Nach dem Umzug des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2013 in das zunächst angemietete Verwaltungsgebäude in der Reinhardtstraße 28 in Berlin-Mitte erfolgte mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde der Eigentumserwerb des Gebäudes zum 1. Juni 2014. Im Vorfeld wurde der Kaufpreis durch einen unabhängigen Gutachter in einem Verkehrswertgutachten ermittelt.

Personalarbeit des GKV-Spitzenverbandes

Abb. 25
Personalentwicklung Januar 2008 bis Dezember 2014*



* ohne Abteilung DVKA
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Für das Jahr 2014 sah der Stellenplan insgesamt 383 Planstellen vor. Davon entfielen 97 auf die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA) in Bonn. Zum Jahresende betrug die Quote der besetzten Stellen 97,53 Prozent.

Bericht aus dem Verwaltungsrat



Zu den Schwerpunkten der Beratungen des Verwaltungsrats und seiner vier Fachausschüsse gehörten im Jahr 2014 die Reformpläne sowie die gesundheits- und pflegepolitischen Weichenstellungen der neuen Bundesregierung. Die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes beteiligte sich erneut intensiv an den Diskussionen um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und trat mit Sachverstand und Engagement für die Belange der Versicherten und Beitragszahler ein.

Das Plenum tagte im Berichtsjahr in vier quartalsmäßigen Sitzungen. Die Koordinierung und inhaltliche Aufarbeitung des breiten Themenspektrums, das sowohl gesundheits- und pflegepolitische Fragestellungen als auch verbandsinterne Aufgabenfelder umfasst, wurde durch die Fachausschüsse in 16 turnusmäßigen und sieben außerordentlichen Sitzungen geleistet. Dieses

Verfahren mit abschließender Beschlussempfehlung an den Verwaltungsrat hat sich bewährt und inzwischen angesichts der Themenfülle als unerlässlich erwiesen. Zudem fanden im Berichtsjahr zwei Workshops statt.

Dialog mit dem neuen Bundesminister für Gesundheit

Im März 2014 – rund 100 Tage nach Amtsantritt – besuchte der neue Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, die Sitzung des Verwaltungsrats und nutzte dies für einen intensiven Austausch mit den Mitgliedern des Gremiums. Der Minister erläuterte gegenüber dem Plenum die gesundheitspolitische Zielsetzung des Koalitionsvertrags, Rahmenbedingungen für eine konsequente Qualitätsorientierung im ambulanten und stationären Bereich schaffen und die Stärken des Systems für die Zukunft sichern zu



wollen. Neue Akzente seien auch für die Pflegeversicherung zu erwarten, die nötigen Schritte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollten zeitnah umgesetzt werden. Der Minister skizzierte geplante Maßnahmen zur Realisierung der Vorhaben und diskutierte mit dem Verwaltungsrat verschiedene Aspekte aus der Perspektive der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Ausgehend von der Vereinbarung im Koalitionsvertrag, die Selbstverwaltung zu stärken und die Sozialwahlen zu modernisieren, berichtete der Minister, dass aktuell Schritte erwogen werden, um Vorzüge und Chancen der unmittelbaren Mitwirkung im System der Selbstverwaltung zu verdeutlichen. Damit soll der hohe Wert der Partizipation stärker in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt werden. Der Minister kündigte an, hierzu den Dialog mit allen Beteiligten führen zu wollen.

Gesundheit gemeinsam gestalten in Europa

Neues Terrain erschloss der Verwaltungsrat mit den Positionen zur europäischen Gesundheitspolitik, nachdem der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband im Vorjahr mit der Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen bei über- und zwischenstaatlichen Organisationen und Einrichtungen beauftragt hatte. Die Koordinierung der sozialen Sicherungssysteme ist ein gutes Beispiel für eine sinnvolle europäische Zusammenarbeit im Interesse der Patienten und Beitragszahler. Der Verwaltungsrat hob hervor, dass die Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung – eine am medizinischen Bedarf orientierte Versorgung sowie Sachleistung, Solidarität und Selbstverwaltung – als Leitplanken für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen entscheidend sind. Auf dieser Grundlage tritt der GKV-Spitzenverband für die Interessen der Versicherten und Beitragszahler auch

im europäischen Kontext ein. Im Blick zu behalten ist dabei auch, dass die für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung wichtigen Prinzipien nicht durch Entscheidungen der Europäischen Union konterkariert werden.

Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

Mit seinem Positionspapier „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung“ konzentrierte sich der Verwaltungsrat in Analogie zum Koalitionsvertrag auf die Weiterentwicklung der stationären Qualitätssicherung. Er richtete konkrete Forderungen an Gesetzgeber und Gemeinsamen Bundesausschuss, damit sich die Versorgung wirklich qualitativ verbessert. Außerdem sprach sich der Verwaltungsrat dafür aus, die Sektorengrenzen im Interesse einer transparenten Darstellung der Qualität im stationären und ambulanten Bereich zu überwinden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes könnte dies unter Einbeziehung des neu gegründeten Qualitätsinstituts realisiert werden.

Medizintechnische Innovationen im Krankenhaus

Erneut hat sich die Selbstverwaltung mit dem nach wie vor vorhandenen Regelungsbedarf im Umgang mit medizintechnischen Innovationen auseinandergesetzt. In den vergangenen Jahren hatte der Verwaltungsrat bereits Vorschläge formuliert, um die Sicherheit der Patientenversorgung in Krankenhäusern nachhaltig zu erhöhen. Die zwischenzeitlich eingeführten gesetzlichen Regelungen reichen allerdings nicht aus, um zu verhindern, dass neue Methoden ungeprüft in die Krankenhausversorgung gelangen. Um dem kurzfristig entgegenwirken zu können, hat die Selbstverwaltung in ihrem Positionspapier „Medizintechnische Innovationen im Krankenhaus“ vorgeschlagen, wesentliche Verbesserungen für die Patientensicherheit bei Medizinprodukten im Sozialrecht umzusetzen. Anlass für die Vorschläge war die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigte Regelung, nach der Krankenhäuser verpflichtet werden sollen,

sich an Studien mit neuen Medizinprodukten hoher Risikoklassen zu beteiligen. Über seine vorgelegten Empfehlungen hinaus sieht der Verwaltungsrat allerdings auch die Notwendigkeit weitreichender rechtlicher Änderungen auf europäischer Ebene und einer grundlegenden Reform der Vergütung medizinischer Leistungen in Deutschland, um den Umgang mit medizintechnischen Innovationen im Sinne der Patientensicherheit zukunftsfest zu gestalten.

Positionen zur Arzneimittelversorgung

Zunehmende Forderungen der Pharmaindustrie nach Veränderungen der Steuerungsinstrumente im Arzneimittelbereich zu ihren Gunsten hat der Verwaltungsrat zum Anlass genommen, sich auf diesem Gebiet umfassend zu positionieren. Er schlug ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen vor, mit deren Hilfe die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung weiter erhöht werden kann. Die zehn formulierten Handlungsfelder sind ausführlich auf den Seiten 51 ff. dargestellt.

Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Mit Blick auf das von der Regierung angekündigte Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung, das voraussichtlich spätestens 2016 beschlossen werden soll, befasste sich der Verwaltungsrat mit der Thematik der Eingliederungshilfe. Nach eingehender Beratung verabschiedete er ein „Positionspapier zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe – Bundesleistungsgesetz“. Als eine der Kernpositionen wurde hervorgehoben, dass bei der angestrebten Reform die Menschen mit Behinderung und nicht die Finanzinteressen der Länder im Vordergrund stehen müssen.

Positionsbestimmung zur eGK und Telematikinfrastruktur

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur sowie die damit verbundenen Probleme gehörten im Berichtsjahr einmal mehr zu den dominierenden Themen auf der Agenda der Selbstverwaltung. Im

Mittelpunkt eines Workshops im Januar 2014 standen die nach wie vor unbefriedigende Gesamtentwicklung sowie mögliche Wege, die Realisierung des Projekts zu beschleunigen und die Kosten zu begrenzen.

Den Besuch des neuen Ministers für Gesundheit, Hermann Gröhe, in seiner März-Sitzung nutzte der Verwaltungsrat, um die Problematik zu verdeutlichen. Er bekräftigte dabei seine Forderung an die Politik, eine Neudefinition der organisatorischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Projekt vorzunehmen. Leistungserbringer sollten verpflichtet werden, sich an den Prozessen konstruktiv und zielorientiert zu beteiligen. Eine auf diesen Forderungen basierende öffentliche Erklärung brachte der Verwaltungsrat ebenfalls auf den Weg. In ihrer Sitzung im Dezember mussten die Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber allerdings auch für das Jahr 2014 resümieren, dass sämtliche Initiativen, Gespräche und Appelle zu keiner Lösung geführt hatten. Während sich die Entwicklungskosten für das Projekt auf nahezu 1 Mrd. Euro aus Beitragsgeldern belaufen, ist ein Mehrwert der Karte für die Versicherten noch immer nicht absehbar. Weiter kritisierte der Verwaltungsrat massiv die Mehrfachbelastung der Beitragszahler durch den Aufbau kostenintensiver Parallelnetze. Bei der Feststellung des Haushaltes für das Jahr 2015 lehnte er es ab, weiterhin die Verantwortung für den aus seiner Sicht nicht vertretbaren Umgang mit Beitragsgeldern zu übernehmen. Als Konsequenz spernte der Verwaltungsrat die für den Haushalt der gematik vorgesehenen Mittel in Höhe von rund 57 Mio. Euro. Neben breiter medialer Resonanz rief diese Maßnahme die lang erwartete politische Dynamik hervor: Unmittelbar vor der Sondersitzung des Verwaltungsrats Mitte Januar 2015, die zur Beratung des weiteren Vorgehens stattfand, wurde der Entwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen bekannt.

Der Referentenentwurf weist klare Vorgaben und Sanktionen für alle Beteiligten auf und scheint mit den geplanten Neuregelungen nach erster

Durchsicht geeignet, den Aufbau einer einheitlichen Telematikinfrastruktur nunmehr stringent zu befördern. Der Verwaltungsrat wertete diese Initiative als Signal, dass der Gesetzgeber Kritik und Forderungen der Selbstverwaltung offenbar ernst genommen habe und gab die im Dezember 2014 gesperrten Finanzmittel frei. Er bekräftigte in diesem Kontext seine Überzeugung, dass die Einführung der eGK und der Telematikinfrastruktur unerlässlich sei, und verwies darauf, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren u. a. eine Neujustierung der Entscheidungsstrukturen in der gematik erfolgen müsse, um dieses Ziel zu erreichen. Erheblichen Regelungsbedarf sah der Verwaltungsrat außerdem für die Bestandsnetze als Konkurrenz zur Telematikinfrastruktur, die zumindest indirekt durch Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden. Dies sei im Sinne einer wirtschaftlichen Mittelverwendung nicht länger hinnehmbar. Die Mitglieder des Verwaltungsrats verständigten sich abschließend darauf, die gesetzlichen Neuregelungen in den anstehenden Gremiensitzungen eingehend zu erörtern und sich zu positionieren, um dazu beizutragen, dass Patienten und Beitragszahler von den Potenzialen und Ressourcen der Telematikinfrastruktur besonders in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit in vollem Umfang profitieren können.

Es sind Entscheidungsstrukturen innerhalb der gematik zu schaffen, damit der GKV-Spitzenverband als alleiniger Kostenträger mit hinreichenden Entscheidungsbefugnissen ausgestattet wird.

Die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes 2014 (Stichtag: 1. Januar 2015)

1. actimonda krankenkasse
2. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
3. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
4. AOK Baden-Württemberg
5. AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
6. AOK Bremen/Bremerhaven
7. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
8. AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse
9. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
10. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse
11. AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
12. AOK Sachsen-Anhalt - Die Gesundheitskasse
13. atlas BKK ahlmann
14. Audi BKK
15. BAHN-BKK
16. BARMER GEK
17. Bertelsmann BKK
18. Betriebskrankenkasse der G. M. PFAFF AG
19. Betriebskrankenkasse PricewaterhouseCoopers
20. BIG direkt gesund
21. BKK 24
22. BKK Achenbach Buschhütten
23. BKK advita
24. BKK Aesculap
25. BKK Akzo Nobel Bayern
26. BKK B. Braun Melsungen AG
27. BKK Basell
28. BKK Beiersdorf AG
29. BKK BPW Bergische Achsen KG
30. BKK Braun-Gillette
31. BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
32. BKK der MTU Friedrichshafen GmbH
33. BKK Deutsche Bank AG
34. BKK Diakonie
35. BKK EUREGIO
36. BKK EVM
37. BKK EWE
38. BKK exklusiv
39. BKK Faber-Castell & Partner
40. BKK family
41. BKK firmus
42. BKK Freudenberg
43. BKK Gildemeister Seidensticker
44. BKK GRILLO-WERKE AG
45. BKK Groz-Beckert
46. BKK HENSCHEL Plus
47. BKK Herford Minden Ravensberg
48. BKK Herkules
49. BKK KARL MAYER
50. BKK KBA
51. BKK Krones
52. BKK Linde
53. BKK MAHLE
54. BKK Melitta Plus
55. BKK MEM
56. BKK Miele
57. BKK Mobil Oil
58. BKK Pfalz
59. BKK ProVita
60. BKK Public
61. BKK Rieker.Ricosta.Weisser
62. BKK RWE
63. BKK Salzgitter
64. BKK Scheufelen
65. BKK Schleswig-Holstein
66. BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
67. BKK Stadt Augsburg
68. BKK Technoform
69. BKK Textilgruppe Hof
70. BKK VDN
71. BKK VerbundPlus
72. BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
73. BKK VITAL
74. BKK vor Ort
75. BKK Voralb HELLER*LEUZE*TRAUB
76. BKK Werra-Meissner
77. BKK Wirtschaft & Finanzen
78. BKK Würth
79. BKK ZF & Partner
80. BKK_DürkoppAdler
81. BMW BKK
82. Bosch BKK
83. Brandenburgische BKK
84. Continentale Betriebskrankenkasse
85. Daimler Betriebskrankenkasse
86. DAK-Gesundheit
87. Debeka BKK

-
- | | |
|---|--|
| 88. Deutsche BKK | 107. mhplus Betriebskrankenkasse |
| 89. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE | 108. Novitas BKK |
| 90. Die Schwenninger Betriebskrankenkasse | 109. pronova BKK |
| 91. E.ON Betriebskrankenkasse | 110. R+V BKK |
| 92. energie-BKK | 111. Salus BKK |
| 93. Ernst & Young BKK | 112. SECURVITA BKK |
| 94. HEK – Hanseatische Krankenkasse | 113. SIEMAG BKK |
| 95. HEAG BKK | 114. Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) |
| 96. Heimat Krankenkasse | 115. SKD BKK |
| 97. hkk | 116. Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG) |
| 98. IKK Brandenburg und Berlin | 117. Südzucker-BKK |
| 99. IKK classic | 118. Techniker Krankenkasse |
| 100. IKK gesund plus | 119. TBK |
| 101. IKK Nord | 120. TUI BKK |
| 102. IKK Südwest | 121. Vaillant BKK |
| 103. Kaufmännische Krankenkasse – KKH | 122. Vereinigte BKK |
| 104. Knappschaft | 123. Wieland BKK |
| 105. Merck BKK | 124. WMF Betriebskrankenkasse |
| 106. Metzinger BKK | |

Fusionen im Jahr 2014 (Stichtag: 1. Januar 2015)

Vereinigte Kasse

Novitas BKK
 Deutsche BKK
 Novitas BKK
 DAK-Gesundheit
 BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
 BIG direkt gesund
 BKK Gildemeister Seidensticker
 BKK VerbundPlus

Fusionspartner

Novitas BKK, BKK PHOENIX
 Deutsche BKK, BKK ESSANELLE
 ESSO BKK, Novitas BKK
 DAK-Gesundheit, Shell BKK/LIFE
 BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU), BKK MEDICUS
 BKK Victoria-D.A.S., BIG direkt gesund
 BKK BJB, BKK Gildemeister Seidensticker
 BKK Kassana, BKK VerbundPlus

Ordentliche Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012-2017)

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Balsler, Erich	Kaufmännische Krankenkassen - KKH
Beier, Angelika	AOK Hessen
Bilz, Rosemie	Techniker Krankenkasse
Brendel, Roland	BKK Pfalz
Ermiler, Christian	BARMER GEK
Güner, Günter	AOK Baden-Württemberg
Hamers, Ludger	BKK vor Ort
Hoof, Walter	DAK-Gesundheit
Katzer, Dietmar	BARMER GEK
Keppeler, Georg	AOK NORDWEST
Kirch, Ralf	BKK Werra-Meissner
Langkutsch, Holger	BARMER GEK
Linnemann, Eckehard	Knappschaft
Märtens, Dieter F.	Techniker Krankenkasse
Metschurat, Wolfgang	AOK Nordost
Moldenhauer, Klaus	BARMER GEK
Müller, Hans-Jürgen	IKK gesund plus
Reuber, Karl	AOK Rheinland/Hamburg
Römer, Bert	IKK classic
Schäfer, Günter (†)	DAK-Gesundheit
Schoch, Manfred	BMW BKK
Schösser, Fritz	AOK Bayern
Schulte, Harald	Techniker Krankenkasse
Strobel, Andreas	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Stute, Hans-Peter	DAK-Gesundheit
Tölle, Hartmut	AOK Niedersachsen
Weinschenk, Roswitha	AOK PLUS
Wiedemeyer, Susanne	AOK Sachsen-Anhalt
Wittrin, Horst	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Zahn, Christian	DAK-Gesundheit

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Aust, Michael	Bertelsmann BKK
Avenarius, Friedrich	AOK Hessen
Blum, Leo	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Chudek, Nikolaus	IKK Brandenburg und Berlin
Hansen, Dr. Volker	AOK Nordost
Hornung, Ernst	ESSO BKK
Jehring, Stephan	AOK PLUS
Kuhn, Willi	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Landrock, Dieter	AOK Baden-Württemberg
Münzer, Dr. Christian	AOK Niedersachsen
Parvanov, Ivor	AOK Bayern
Reyher, Dietrich von	Bosch BKK
Schnurr, Hans-Jürgen	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Schrörs, Dr. Wolfgang	hkk
Schweinitz, Detlef E. von	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Selke, Prof. Dr. Manfred	AOK Rheinland/Hamburg
Stehr, Axel	AOK NORDWEST
Tautz, Dr. Andreas	Deutsche BKK
Unzeitig, Roland	Techniker Krankenkasse
Wegner, Bernd	Techniker Krankenkasse
Wollseifer, Hans Peter	IKK classic

Stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbandes der 2. Amtsperiode (2012-2017)

Versichertenvertreter

Name	Krankenkasse
Aichberger, Helmut	DAK-Gesundheit
Aschenbeck, Rolf-Dieter	DAK-Gesundheit
Baer, Detlef	IKK Brandenburg und Berlin
Baki, Brigitte	AOK Hessen
Becker-Müller, Christa	DAK-Gesundheit
Berger, Silvia	IKK Südwest
Berking, Jochen	Deutsche BKK
Bink, Klaus-Dieter	AOK NORDWEST
Bumb, Hans-Werner	DAK-Gesundheit
Christen, Anja	BKK Verkehrsbau Union (BKK VBU)
Coors, Jürgen	Daimler Betriebskrankenkasse
Date, Achmed	BARMER GEK
Decho, Detlef	Techniker Krankenkasse
Dorneau, Hans-Jürgen	BAHN-BKK
Düring, Annette	AOK Bremen/Bremerhaven
Feichtner, Richard	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Fenske, Dieter	DAK-Gesundheit
Franielczyk, Peter	BARMER GEK
Friederichs, Günter	Shell BKK/LIFE
Gabler, Heinz-Joachim	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Goldmann, Bernd	BARMER GEK
Gosewinkel, Friedrich	Techniker Krankenkasse
Gransee, Ulrich	AOK Niedersachsen
Hachtmann, Götz-Wilhelm	SECURVITA BKK
Hauffe, Ulrike	BARMER GEK
Heinemann, Bernd	BARMER GEK
Hippel, Gerhard	DAK-Gesundheit
Hoppe, Klaus	Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)
Hüfner, Gert	Knappschaft
Hupfauer, Georg	BARMER GEK
Jena, Matthias	AOK Bayern
Karp, Jens	IKK Nord
Kemper, Norbert	AOK Rheinland/Hamburg

Name	Krankenkasse
Kindler, Dieter	IKK classic
Kloppich, Iris	AOK PLUS
Knerler, Rainer	AOK Nordost
Knöpfle, Manfred	BKK Stadt Augsburg
Korschinsky, Ralph	BARMER GEK
Krause, Helmut	BIG direkt gesund
Lambertin Knut	AOK Nordost
Leitloff, Rainer	DAK-Gesundheit
Lersmacher, Monika	AOK Baden-Württemberg
Lubitz, Bernhard	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Matthesius, Dr. Rolf-Gerd	BARMER GEK
Muscheid, Dietmar	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Salzmann, Rainer	BKK B. Braun Melsungen AG
Schiwnak, Bianca	Techniker Krankenkasse
Schmidt, Günther	BARMER GEK
Schneider, Norbert	Techniker Krankenkasse
Scholz, Jendrik	IKK classic
Schröder, Dieter	DAK-Gesundheit
Schuder, Jürgen	HEK - Hanseatische Krankenkasse
Schultze, Roland	hkk
Slovinec, Gertrude	Techniker Krankenkasse
Sonntag, Dr. Ute	BARMER GEK
Staudt, Alfred	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Vater, Birgit	BARMER GEK
Vieweg, Johanna	Techniker Krankenkasse

Arbeitgebervertreter

Name	Krankenkasse
Bauer, Egon	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Beetz, Jürgen	Die Schwenninger Betriebskrankenkasse
Bruns, Rainer	Techniker Krankenkasse
Dick, Peer-Michael	AOK Baden-Württemberg
Diehl, Mario	Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Empl, Martin	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Fitzke, Helmut	Techniker Krankenkasse
Gantz-Rathmann, Birgit	BAHN-BKK
Geers, Dr. Volker J.	BIG direkt gesund
Gemmer, Traudel	AOK Sachsen-Anhalt
Gural, Wolfgang	AOK Bayern
Henschen, Jörg	Techniker Krankenkasse
Heß, Johannes	AOK NORDWEST
Heymer, Dr. Gunnar	BKK BPW Bergische Achsen KG
Kastner, Helmut	IKK Nord
Köster, Hans-Wilhelm	AOK Rheinland/Hamburg
Kreßel, Prof. Dr. Eckhard	Daimler Betriebskrankenkasse
Kruchen, Dominik	Techniker Krankenkasse
Lang, Dr. Klaus	pronova BKK
Lübbe, Günther	hkk
Lunk, Rainer	IKK Südwest
Malter, Joachim	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Nicolay, Udo	Techniker Krankenkasse
Nobereit, Sven	AOK PLUS
Reinisch, Dr. Mark	BKK Kassana
Schirp, Alexander	AOK Nordost
Söllner, Wolfgang	AOK Bremen/Bremerhaven
Steigerwald, Claus	BKK Faber-Castell & Partner
Wadenbach, Peter	IKK gesund plus
Wilkening, Bernd	AOK Niedersachsen

Ordentliche und stellvertretende Mitglieder der Fachausschüsse des Verwaltungsrats

Fachausschuss Grundsatzfragen und Gesundheitspolitik

Vorsitzende: Andreas Strobel*, Hans-Jürgen Müller*/Stephan Jehring (alternierend)

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Stephan Jehring (AOK)
2. Axel Stehr (AOK)
3. Roland Unzeitig (EK)
4. Leo Blum (SVLFG)
5. Michael Aust (BKK)
6. Hans Peter Wollseifer (IKK)

Versichertenvertreter

1. Dieter F. Märtens (EK)
2. Erich Balser (EK)
3. Klaus Moldenhauer (EK)
4. Horst Wittrin (EK)
5. Angelika Beier (AOK)
6. Fritz Schösser (AOK)
7. Hans-Jürgen Müller (IKK)
8. Andreas Strobel (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Dr. Christian Münzer (AOK)
- Wolfgang Söller (AOK)
- Udo Nicolay (EK)
- Martin Empl (SVLFG)
- Detlef E. von Schweinitz (BKK)
- Rainer Lunk (IKK)
- Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Gerhard Hippel (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ralph Korschinsky (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Hans-Peter Stute (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Günter Güner (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Georg Keppeler (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Knut Lambertin (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Eckehard Linnemann (Knappschaft)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Roland Brendel (BKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Dieter Kindler (IKK); bis 20.03.2013
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Organisation und Finanzen

Vorsitzende: Holger Langkutsch/Dieter Jürgen Landrock (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dieter Jürgen Landrock (AOK)
2. Dr. Christian Münzer (AOK)
3. Dr. Wolfgang Schrörs (EK)
4. Leo Blum (SVLFG)
5. Detlef E. von Schweinitz (BKK)
6. Peter Wadenbach (IKK)

Versichertenvertreter

1. Holger Langkutsch (EK)
2. Walter Hoof (EK)
3. Rosemie Bilz (EK)
4. Georg Keppeler (AOK)
5. Karl Reuber (AOK)
6. Hartmut Tölle (AOK)
7. Detlef Baer (IKK)
8. Ralf Kirch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Sven Nobereit (AOK)
- Prof. Dr. Manfred Selke (AOK)
- Günther Lübbe (EK)
- Martin Empl (SVLFG)
- Dr. Andreas Tautz (BKK)
- Helmut Kastner (IKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)

Versichertenvertreter

- Klaus Moldenhauer (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Erich Balsler (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Dieter Schröder (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Richard Feichtner (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Annette Düring (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Wolfgang Metschurat (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Angelika Beier (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Ludger Hamers (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Silvia Berger (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Hans-Jürgen Dorneau (BKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Prävention, Rehabilitation und Pflege

Vorsitzende: Eckehard Linnemann/Nikolaus Chudek*, Dietrich von Reyher* (alternierend)

* Wechsel zur Hälfte der Amtsperiode

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Ivor Parvanov (AOK)
2. Prof. Dr. Manfred Selke (AOK)
3. Hans-Jürgen Schnurr (EK)
4. Dietrich von Reyher (BKK)
5. Dr. Andreas Tautz (BKK)
6. Nikolaus Chudek (IKK)

Versichertenvertreter

1. Harald Schulte (EK)
2. Christian Ermler (EK)
3. Günter Schäfer (EK)
4. Wolfgang Metschurat (AOK)
5. Roswitha Weinschenk (AOK)
6. Fritz Schösser (AOK)
7. Eckehard Linnemann (Knappschaft)
8. Manfred Schoch (BKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Sven Nobereit (AOK)
- Johannes Heß (AOK)
- Helmut Fitzke (EK)
- Ernst Hornung (BKK)
- Michael Aust (BKK)
- Peter Wadenbach (IKK)
- Helmut Kastner (IKK)

Versichertenvertreter

- Achmed Date (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Peter Franielczyk (EK);
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Christa Becker-Müller (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-3
Susanne Wiedemeyer (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Angelika Beier (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Knut Lambertin (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Karl Reuber (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 4-6
Roland Brendel (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Bert Römer (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jendrik Scholz (IKK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

Fachausschuss Verträge und Versorgung

Vorsitzende: Günter Güner/Ernst Hornung (alternierend)

Ordentliche Mitglieder

Arbeitgebervertreter

1. Dr. Volker Hansen (AOK)
2. Friedrich Avenarius (AOK)
3. Wolfgang Söller (AOK)
4. Bernd Wegner (EK)
5. Ernst Hornung (BKK)
6. Rainer Lunk (IKK)

Versichertenvertreter

1. Klemens, Uwe (EK)
2. Dietmar Katzer (EK)
3. Hans-Peter Stute (EK)
4. Helmut Aichberger (EK)
5. Günter Güner (AOK)
6. Susanne Wiedemeyer (AOK)
7. Roland Brendel (BKK)
8. Bert Römer (IKK)

Stellvertretende Mitglieder

Arbeitgebervertreter

- Traudel Gemmer (AOK)
- Alexander Schirp (AOK)
- Ivor Parvanov (AOK)
- Jörg Henschen (EK)
- Dietrich von Reyher (BKK)
- Nikolaus Chudek (IKK)
- Peter Wadenbach (IKK)

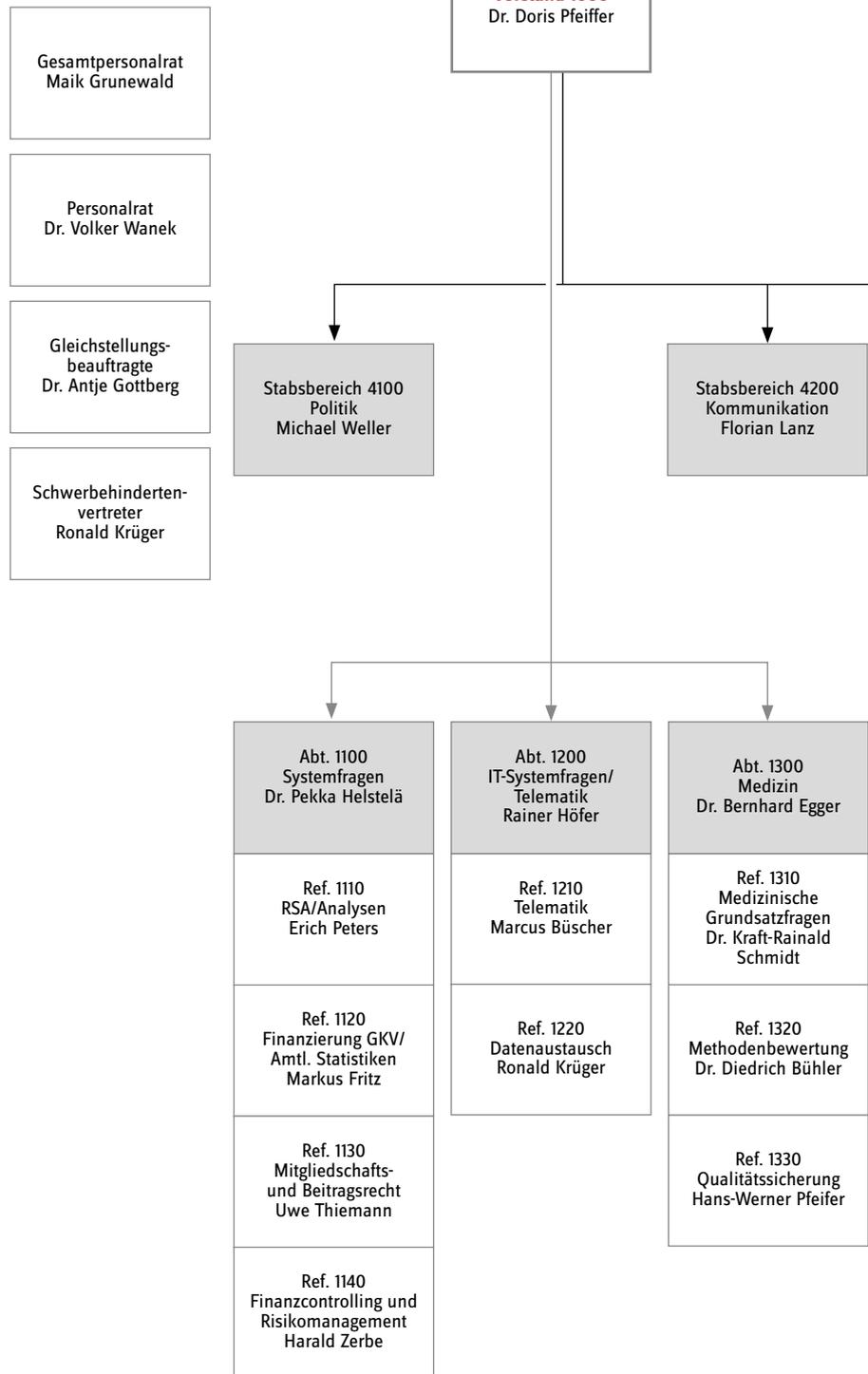
Versichertenvertreter

- Roland Schultze (EK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Harald Schulte (EK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Ulrike Hauffe (EK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Dieter Fenske (EK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 1-4
Wolfgang Metschurat (AOK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Fritz Schösser (AOK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Georg Keppeler (AOK)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Roswitha Weinschenk (AOK)
4. Listenvertretung Versichertenvertreter 5-6
Ludger Hamers (BKK)
1. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Jens Karp (IKK)
2. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8
Gert Hüfner (Knappschaft)
3. Listenvertretung Versichertenvertreter 7-8

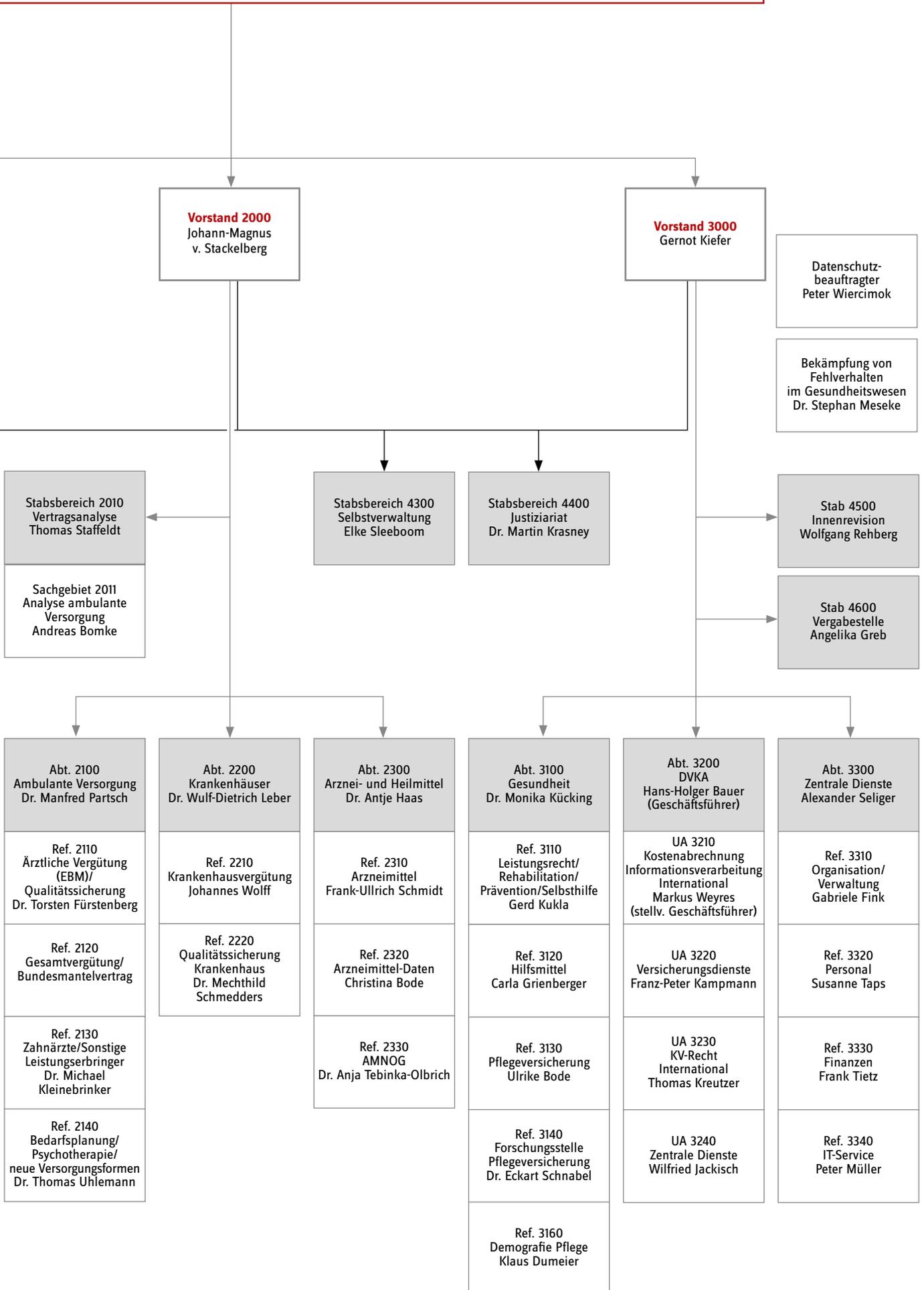
Ordentliche Mitglieder und persönliche Stellvertreter des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes

	Mitglieder	Stellvertreter
AOK	1. Jürgen Graalman 2. Dr. Helmut Platzer	Uwe Deh Dr. Jürgen Peter
BKK	1. Franz Knieps 2. Achim Kolanoski	Andrea Galle Winfried Baumgärtner
Ersatzkassen	1. Ulrike Elsner 2. Dr. Jörg Meyers-Middendorf	Manfred Baumann Oliver Blatt
IKK	1. Jürgen Hohnl 2. Uwe Schröder	Frank Hippler Enrico Kreutz
Knappschaft	1. Bettina am Orde 2. Gerd Jockenhöfer	Dieter Castrup Jörg Neumann
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau	1. Claudia Lex 2. Gerhard Sehnert	Reinhold Knittel Dr. Erich Koch

Organigramm GKV-Spitzenverband



Verwaltungsrat



Publikationsliste

Positionspapiere des GKV-Spitzenverbandes

Titel	Veröffentlichung
Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur aktuellen Diskussion der Reform der Eingliederungshilfe	Juli 2014
Gesundheit gemeinsam gestalten in Europa/Shaping health together in Europe	September 2014
Medizintechnische Innovationen im Krankenhaus: Nutzen- und Sicherheitsstudien	September 2014
Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung	September 2014
10 Handlungsfelder für Qualität und Finanzierbarkeit der Arzneimittelversorgung	Dezember 2014

Weitere Publikationen des GKV-Spitzenverbandes

Autor(en)/Urheber	Titel	Veröffentlichung
Dr. Doris Pfeiffer, Johann Magnus v. Stackelberg, Gernot Kiefer (Hrsg.)	GKV-Lesezeichen 2014	März 2014
Prof. Dr. Jonas Schreyögg et al.	Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht	Juli 2014
Dr. Karsten Neumann, Patrick Gierling, Jean Dietzel/IGES Institut	Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele	Juli 2014
Dr. Uwe K. Preusker, Dr. Markus Müschenich, Sven Preusker	Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern – Deutschland 2003-2013	August 2014
PROGNOS	Wirtschaftlichkeitsreserven im Rahmen der Bestimmung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V	August 2014
GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.)	Präventionsbericht 2014 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2013	November 2014
GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene	Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014	Dezember 2014

Fotonachweis

Titelseite: © ERproductions LTD/gettyimages.com
S. 7, 8, 88/89: © Andrea Katheder/andreakatheder.de
S. 10: © PeopleImages/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 14: © Voyagerix/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 20: © Oscarp/123rf.com; wikimediaCommons
S. 23: © B. Wylezich/fotolia.com; wikimediaCommons
S. 30: © gani_dteurope/fotolia.com; wikimediaCommons
S. 41: © weerapat1003/fotolia.com; wikimediaCommons
S. 47: © wikimediaCommons (2)
S. 57: © pressmaster/fotolia.com; BBGK; wikimediaCommons
S. 60: © Robert Kneschke/fotolia.com; wikimediaCommons
S. 63: © studio58/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 65: © hxdbzxy/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 68: © カシス/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 70: © Irina Brinza/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 72: © sudok1/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 76: © sudok1/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 82: © Tobilander/istockphoto.com; wikimediaCommons
S. 83: © Tom Maelsa/tompictures.com
S. 84: © Herjua/istockphoto.com; wikimediaCommons

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de